

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno 30\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXIX

Janeiro de 1940

N. 1

Novos processos para avaliar a área de vãos dos anófeles

Drs. A. Vargas e F. Freire

*Chefe e assistente do Serviço de Malária da São Paulo Tramway,
Light & Power Co., Ltd. (Laboratório de Lages)*

O estudo da extensão de vôos e dispersão de anófeles em torno dos seus focos geradores é problema de máximo interesse para o malariologista; por conseguinte, não pôde haver nenhum serviço de defesa contra malária que precinda de tais estudos. Para avaliação da área que pôde ser percorrida por culicídeos, favorecidos ou não pelos ventos, usa-se comumente pintá-los por insuflação, em dispositivos especiais, com anilinas associadas a pós inertes, depois soltá-los, e em determinadas distâncias procurar identificá-los com reativos apropriados. Por esse processo pôde-se ter idéa de como se comportam os insetos em apreço, em relação a vôos e dispersão em torno dos seus criadouros naturais. Contudo, esse método de coloração apresenta algumas desvantagens que dificultam o seu emprêgo mais frequente. Seja pelo peso do pó, seja pelo traumatismo e talvez mesmo pelo ressecamento sofrido pelos insetos, é certo que poucos resistem à operação, de sorte que ha necessidade de serem pintados milhares de exemplares, para se obterem resultados seguros. Tentar obter adultos já coloridos, provenientes de larvas que passassem algum tempo em soluções coloridas seria bastante prático, sob todos os pontos de vista.

Os estudos de Albert A. Weathersbee e Phillip G. Hasell, da Divisão de Malária do Departamento de Saude da Carolina do Sul, Estados Unidos da América do Norte, publicados no

"The American Journal of Tropical Medicine", número de Setembro de 1938 (Mosquitos Studies) mostraram ser possível obter-se mosquitos já coloridos, de larvas criadas durante certo tempo, em soluções de anilinas. Com efeito, êsses autores verificaram que os mosquitos provenientes de larvas que passassem algum tempo em soluções titradas de azul de metileno, eosina, Giemsa, etc., apresentavam o abdomen e tórax impregnados da tinta usada. A coloração podia ser perfeitamente observada ao microscópio em fraco aumento, em mosquitos dissecados e mesmo a vista desarmada. Em nosso serviço de defesa contra malária em Ribeirão das Lages, Estado do Rio (Usina Hidroelétrica da Cia. Light), a presença de alados no acampamento, verificada em capturas feitas com isca animal, apesar da rigorosa polícia de focos executada por pessoal treinado, nos deu ensejo de tentar tirar partido do método de coloração acima descrito, para determinar onde se podiam assentar os criadouros de tais mosquitos, si vinham de fóra, ou eram originarios de focos desconhecidos, dentro da área controlada.

E' preciso esclarecer que a área de proteção por nós adotada varia de 1.100 a 500 metros, conforme a topografia do terreno, em tórno das instalações da Companhia (Casa de máquinas, vila operária, etc.). Queríamos, aplicando o processo de coloração de Weathersbee, verificar si essa área era suficiente e si os mosquitos gerados a mais de 1100 metros poderiam chegar à área controlada. A insuflação de azul de metileno não dera resultados capazes de permitir conclusões definitivas, de sorte que se nos apresentou uma ótima oportunidade para tentar obter resultados práticos do sistema de colorir as larvas, ao envez dos adultos.

Primeiramente repetimos as experiências de A. Weathersbee em nosso laboratório, somente com soluções de azul de metileno, de modo a chegarmos às mesmas conclusões. Foram colhidas larvas de anófeles, culex e aedes do mesmo foco, no terceiro e no quarto estádio, transportadas para o laboratório e submetidas às soluções de azul de metileno de várias titragens, 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ por mil. Os resultados foram os seguintes: na solução de 1 por 1.000 todas as larvas não viveram mais de 24 horas; nas soluções de $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{4}$ por 1.000 as larvas não pareciam sofrer, depois de 48 horas de permanência nessas soluções.

Foram, pois, essas larvas transportadas para criadouros artificiais, afim de completarem a evolução. Os primeiros adultos obtidos, depois de seis dias, se mostravam ativos e podia-se observar perfeitamente a coloração azul do tórax e abdomen. A permanência das larvas em soluções de azul de metileno a $\frac{1}{4}$ por 1.000 durante 48 horas não pareceu influir na sua evolução, pois os adultos foram obtidos em tempo normal.

No trabalho de Weathersbee ha um quadro no qual é demonstrado o número de horas necessarias para se obterem boas

colorações; êsse tempo varia de 24 a 400 horas. Em nossas experiências pudemos obter "aedes" e "culex" perfeitamente coloridos sòmente com a permanência de suas larvas durante 18 horas na solução corante. Ficou, pois, perfeitamente demonstrado que é possível obter-se adultos coloridos, de larvas que permaneçam de 18 a 48 horas em soluções de azul de metileno de $\frac{1}{2}$ e $\frac{1}{4}$ por 1.000. Como tivéssemos observado que algumas larvas de anófeles podiam viver perfeitamente em soluções de azul de metileno a $\frac{1}{4}$ por 1.000 durante dias, completando a sua evolução e dando adultos coloridos, ocorreu-nos a idéa de tentar colorir com as soluções já conhecidas a água dos criadouros naturais, de modo a obter em natureza o que foi possível obter no laboratório. Algumas dificuldades, entretanto, se nos apresentaram. Em certos fôcos a matéria corante se precipitava rapidamente, depositando-se nos detritos vegetais, de maneira que depois de algumas horas a água do fóco era encontrada límpida, e a quasi totalidade das larvas mortas. Em outros fôcos, porém, a precipitação não era tão notada, conservando-se a água colorida e algumas larvas vivas, dando adultos ao tempo normal. Feitas estas experiências preliminares, resolvemos capturar os mosquitos gerados em fôcos cujas águas tinham sido submetidas à ação do azul de metileno, para verificar si saíam coloridos.

Escolhemos, pois, alguns fôcos de "A. argyritarsis" e "A. tarsimaculatus", assestados no côncavo das pedras à margem do rio das Lages, com diminuta quantidade de matéria orgânica, de modo a não haver grande precipitação do corante. A água do fóco foi calculada com exatidão, e adicionada da solução de azul de metileno necessária para que o seu teor em azul ficasse na proporção de 25 centigramas por mil. Sobre êsses fôcos foram então colocadas gaiolas de téla milimétrica perfeitamente adaptadas, de sorte que nenhum mosquito gerado pudesse escapar. No fóco N.º 1, 48 horas depois notámos o seguinte: Água reduzida e límpida; azul de metileno precipitado nos detritos orgânicos e nas paredes do fóco, as larvas ainda vivas. Depois de 120 horas verificámos que já havia alguns adultos na gaiola e muitas larvas mortas; 144 horas depois observámos que havia na gaiola 13 mosquitos, sendo 5 anófeles e 8 "aedes". Não havia mais larvas vivas.

No fóco N.º 2, muito pobre em matéria orgânica, com um volume d'água de 5.000 centímetros cúbicos, com mais ou menos 500 larvas de anófeles e de culex, notámos o seguinte: A água se conservava perfeitamente azulada, algumas larvas de anófeles mortas, depois de 48 horas; 72 horas depois ainda notámos a água azulada e mais larvas de anófeles mortas; 96 horas depois já havia na gaiola anófeles e aedes adultos, muito ativos.

A gaiola foi retirada 120 horas depois, notando-se que havia 25 mosquitos no seu interior, dos quais 17 aedes e 8 anófeles.

Nêsse foco apenas 5 por cento das larvas deram adultos. Os mosquitos aedes estavam coloridos, podendo-se mesmo a vista desarmada observar a coloração azulada do tórax e abdomen, porém nos anófeles a coloração era menos notada.

No foco N.º 3, feito nas mesmas condições dos precedentes, notámos o seguinte: Depois de 20 horas de observação a água se conservava azulada e todas as larvas já tinham tomado a côr azul. Algumas dessas larvas foram transportadas para o laboratório e colocadas em focos artificiais, onde completaram algumas a evolução em seis dias, dando anófeles adultos, nos quais era possível observar-se a coloração azul do tórax e do abdomen. Entretanto, nos anófeles gerados nos focos naturais em experiência não foi possível notar-se qualquer tom azulado no abdomen.

Parece que a coloração já escura dos anófeles, agravada com a alimentação impregnada de azul de metileno, dá em resultado se tornarem êsses mosquitos mais escuros ainda, de maneira que se torna muito difficil observar-se qualquer tonalidade azulada; já nos aedes e nos culex a côr azul é perfeitamente distinguida, destacando-se nitidamente no corpo do mosquito. Tentámos novas experiências, porém todas elas tiveram os mesmos resultados: aedes e culex saíram coloridos, porém, nos anófeles muito difficilmente se podia destacar o azul, da coloração escura do mosquito. Em vista dêsses resultados pouco práticos, resolvemos mudar de técnica.

Escolhido um foco puro de anófeles, bastante rico, foram as larvas transportadas para focos artificiais, a cuja água tinha sido previamente adicionada solução de azul de metileno, já conhecida. Depois de 48 horas de permanência nessa solução foram as larvas novamente transportadas com cuidado, de modo a evitar todo traumatismo, para seus focos naturais até completarem a evolução. Dessa maneira pudemos obter anófeles adultos em grande quantidade, 60% mais ou menos, provenientes de larvas em estudos. A coloração azul menos fórte dos mosquitos era perfeitamente visível, destacando-se nitidamente no tórax e no abdomen.

O processo de colorir a água do foco, perfeitamente satisfatório para os aedes e para os culex, é todavia muito pouco prático para os anófeles, seja pela pouca resistência de suas larvas ao azul de metileno, seja pela coloração escura dêsse mosquito, que dificulta o destaque da côr azul. Em laboratório, entretanto, as larvas de anófeles resistem muito às soluções de azul de metileno a $\frac{1}{4}$ por 1.000 e dão adultos nos tempos normais, não parecendo que sua evolução seja retardada. Queremos crêr que seja a alimentação carregada de azul de metileno não só a causa da morte das larvas como também da coloração escura que toma o mosquito, nas experiências em focos naturais. As larvas pequenas, nos 1.º e 2.º estádios, resistem muito menos;

as larvas dos 3.º e 4.º estádios, em laboratório, resistem perfeitamente, vivendo seis e mais dias, até a eclosão sem nenhum sinal de sofrimento. Temos verificado também que a coloração azul dos mosquitos persiste por muito tempo; temos mosquitos de 25 a 30 dias em cativeiro, alimentando-se com mel, nos quais se nota perfeitamente a côr azulada do abdomen e do tórax.

Verificado que os mosquitos provenientes das larvas coloridas em focos artificiais e depois transportadas para os seus criadouros naturais davam adultos coloridos, começamos a usar o processo para avaliação da área de vôo dos anófeles locais. Os resultados têm sido animadores, pois já temos capturado mosquitos coloridos a 200 e 100 metros dos seus focos geradores. E' preciso notar que as nossas experiências têm sido feitas em focos situados a 1100 metros da zona controlada, zona essa onde se encontram numerosos focos de anófeles (leito do rio das Lages).

Como já tivemos ocasião de dizer, as nossas experiências foram feitas acima da estaca n.º 1100, na esperança de se poder encontrar, entre os mosquitos capturados com isca animal, no centro da zona controlada, exemplares coloridos.

Entretanto, até agora têm sido completamente negativas essas pesquisas, pois não conseguimos ainda capturar anófeles coloridos a mais de 200 metros dos focos em experiência.

O método de obter mosquitos já coloridos dos proprios focos geradores, parece-nos, levar a vantagem de dar uma idéa exata da dispersão desses culicídeos em tórno dos seus criadouros naturais. Continuaremos todavia a estudar o problema, de modo a se chegar a resultados mais práticos pois nos parece que melhorando o sistema de colorir as larvas, e evitando-se todo traumatismo de transporte, chegar-se-á a conclusões definitivas.

Endereço: Rua Loureiro da Cruz, 60.

HIPERTENÇÃO ARTERIAL MIocardites ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

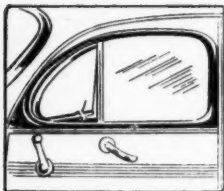
*A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila
Rosdanato de Potassa*

Amstras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

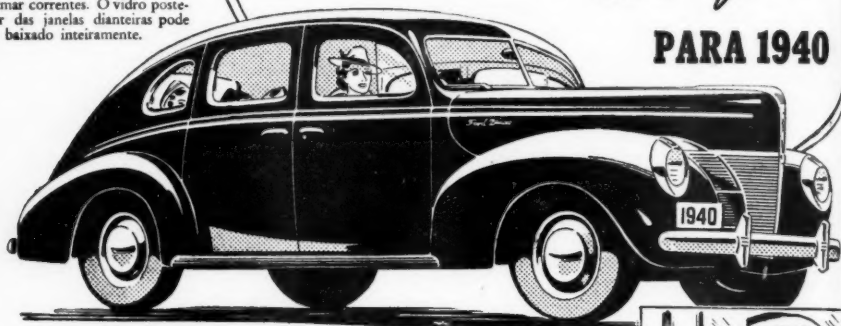


VENTILAÇÃO-CONTROLADA — A parte anterior da janela é móvel, girando em torno de um eixo diagonal. Assegura a circulação do ar, sem formar correntes. O vidro posterior das janelas dianteiras pode ser baixado inteiramente.

O CARRO LIDER EM ECONOMIA

*estabelece novos recordes
de Conforto*

PARA 1940



PENSE em todos os fatores de conforto, segurança e estabilidade que desejaria encontrar em um carro ultra-moderno! Seja exigente! Tome, depois, a direção do novo Ford V-8 para 1940. Dirija-o sobre boas ou más estradas. Ficarão surpreendidos com a extraordinária suavidade de sua "marcha estabilizada", com a ação rápida e positiva de seus freios hidráulicos, com o funcionamento silencioso de seu possante motor, com a flexibilidade de seus amplos assentos, com o rico e primoroso acabamento de seus interiores. Peça, o quanto antes, uma demonstração prática do novo 1940. Concor-carro que sempre



Ford V-8 para dar que ele é o desejou possuir.



NOVO TIPO DE ASSENTOS, MAIS FLEXÍVEIS

Colocados entre duas suaves molas transversais, longe dos eixos. As almofadas dos assentos são macias e com os "bordos roliços".



NOVO ESTABILIZADOR DE MARCHA — Tipo barra de torção (somente nos modelos de 81 cavalos). Absoluta estabilidade, mesmo nas estradas mais acidentadas. Direção mais fácil.

O NOVO FORD V-8 PARA 1940

COM 22 IMPORTANTES APERFEIÇOAMENTOS

Produção de hidrogênio sulfurado pela *Shigella ambigua* (Andrewes) Weldin *

Dr. J. P. Carvalho Lima

Lúcia de Queiroz Teles

Trabalho do Instituto Bacteriológico de São Paulo
Diretor: J. P. Carvalho Lima.

A literatura é omissa relativamente ao comportamento da *Shigella ambigua* quanto à produção de H_2S . Ocorreu-nos, por isso, a lembrança de elucidar esse ponto ao verificarmos as amostras dessa espécie, existentes na coleção do Instituto Bacteriológico de São Paulo.

Bergey¹ silencia a esse respeito ao enunciar os caracteres da família, tribu e gênero a que pertence a *Shigella ambigua*, bem como ao tratar, discriminadamente, da mesma. Entre as *Shigellas* só menciona a prova do H_2S para *Shigella septicaemiae* (+), *Shigella gallinarum* (às vezes +) e uma variedade desta (—).

Hauduroy² também não faz referência a essa reação entre os característicos da família, tribu e gênero da *Shigella ambigua* e, ao tratar das espécies, diz que *Shigella dysenteriae*, *Shigella paradysenteriae flexneri*, *Shigella paradysenteriae d'Herelle*, *Shigella pfaaffii* não produzem H_2S e *Shigella septicaemiae* produz em gelose-chumbo. A respeito da *Shigella ambigua* anota como desconhecido ou não encontrado nas publicações clássicas o comportamento quanto a essa prova.

Zinsser³, Park e Williams⁴, Courmont⁵, Gardner e colaboradores⁶, Kolle, Kraus e Uhlenhuth⁷ não se referem à libertação de H_2S pelo grupo disentérico.

Jordan⁸, em quadro diferencial, cita como negativa a *Shigella dysenteriae* e nada diz quanto à *Shigella ambigua*.

Dopter e Sacquépée⁹ só fazem alusão ao enegrecimento de gelose-chumbo pela *Shigella dysenteriae*.

Topley e Wilson¹⁰, Gay¹¹ e Besson²² apenas afirmam, de modo geral, que o grupo disentérico não forma H_2S .

* Lido na reunião científica, do Instituto Bacteriológico de São Paulo, de 30-9-1939.

Relativamente a trabalhos em revistas científicas, referentes a tal reação, somente Tittsler e Sandholzer¹³ dizem algo sobre *Shigella ambigua*. Estudando diversas espécies quanto ao desprendimento de H_2S , entre as quais incluíram duas amostras de *Shigella ambigua*, chegaram à conclusão de que ambas não produziam esse composto em ágar-peptona-ferro Difco e ágar-acetato de chumbo Difco.

Há, ainda, referência à incapacidade da *Shigella ambigua* libertar H_2S , na recomendação de Difco sobre o seu produto ágar-ferro Kligler.

Em síntese: de um lado, a maioria dos autores omite a questão da produção de H_2S pela *Shigella ambigua*; de outro, é tida como negativa por alguns. Não conhecemos publicação em que tenha sido descrita como positiva.

Ao iniciarmos as observações, animáva-nos a idéia de talvez obtermos mais um processo de diferenciação entre *Shigella dysenteriae* e *Shigella ambigua*, o que seria valioso pela contribuição do laboratório à clínica, dadas as diferenças sorológicas entre essas duas espécies. Foi o resultado a que chegámos e, no decorrer de nossas pesquisas, diversos pontos interessantes pudemos focalizar, conforme passamos a descrever.

AMOSTRAS ESTUDADAS

a) — 31 amostras de *Shigella ambigua*:

306, Andrewes, Hawkins, Instituto Lister. Isolada por Fletcher, de caso de disenteria, 1918, University War Hosp., Southampton.

2.142, Nigéria 10, Instituto Lister. Isolada por Butler, Nigéria, caso de disenteria.

795 (Pacheco e Rodrigues); **836** (Departamento Nacional de Saúde Pública) e **806 a** procedentes do Instituto Biológico e aproveitadas ao lado de muitas outras por Carvalho Lima¹⁴, em seu trabalho sobre a fermentação da ramnose pela *Shigella ambigua*, em 1930.

23, isolada de combatente, durante a Revolução paulista de 1932. Um grupo de voluntários foi acometido de disenteria, em Engenheiro Bianor e, um deles, regressando a São Paulo, só pôde voltar às linhas de frente após ter usado autovacina preparada ao isolarmos o germe em questão.

30, é recente; deste ano, isolada por Luiz Sales Gomes, de paciente de disenteria de tipo sub-agudo.

As restantes são casos do Hospital de Isolamento, Serviço de Moléstias Infecciosas, Abrigo Provisório de Menores, Serviço de Higiene e Proteção à Infância, Dispensários e algumas de exames solicitados por Toledo Piza, José Augusto Arantes, Vergueiro e Mirisola.

b) — 5 amostras de *Shigella dysenteriae*:

187, Parker, Instituto Lister. Isolada por Martin, em Lemnos, 1916.

152, Wynne, Instituto Lister. Isolada por Ledingham, King George Hosp., 1915.

3, Berger, Paris.

94, Instituto Oswaldo Cruz.

30-12-5-1d, Ortiz, Faculdade de Medicina, que a obteve no Instituto Butantan. Este recebeu-a de Arlindo de Assis, em 1934.

c) — 4 amostras de *Salmonella schottmülleri*:

Uma proveniente de Kauffmann, por intermédio do Instituto Osvaldo Cruz.

30-12-4-8b, Faculdade de Medicina, que a obteve no Instituto Osvaldo Cruz, em 1917.

1.231 e 1.233 isoladas no Instituto Bacteriológico, recentemente, por hemocultura de doentes de Rio Preto.

d) — 1 amostra de *Proteus vulgaris*.

Empregámos as espécies *Proteus vulgaris* e *Salmonella schottmülleri* como controles positivos, por serem sabidamente fortes produtoras de H_2S . *Shigella dysenteriae* é tida como não produtora ou apenas de muito fraca intensidade; aproveitando-a, nossa finalidade era a de estabelecer a diferenciação entre ela e a *Shigella ambigua*. Achámos desnecessária a verificação com maior número de culturas de *Shigella dysenteriae*, já que nos servíamos de amostras bem conhecidas e que, portanto, deviam ser consideradas como termos de comparação.

Como controles negativos, usámos tubos do meio de cultura que empregámos, não semeados.

CARACTERES DA SHIGELLA AMBIGUA

Tôdas as amostras de *Shigella ambigua* se comportaram conforme os tratados autorizados de Bacteriologia. Bastonetes Gram-negativos, crescimento sem tendência a espalhar-se e fácil em meios de cultura comuns, imóveis, não produtores de gás, reação de Voges-Proskauer negativa, redutores de nitratos a nitritos, produtores de indol em 24 horas, odor franco, incapazes de coagular o leite e liquefazer gelatina, fermentadores de dextrose e rarnnose e sem ação sobre lactose, sacarose, manita, maltose (somente a amostra "Hawkins" fermenta esta substância entre 10 e 21 dias), xilose, dextrina e dulcita, enquadram-se perfeitamente no gênero *Shigella*, espécie *ambigua*, conforme o Manual de Bergey. Apenas divergem quanto à glicerina: 1 só das amostras foi inativa sobre ela; 2 deram resultado duvidoso e as restantes, concordando com a publicação de G. Pacheco e Celso Rodrigues¹⁵, fermentaram-na, geralmente no 5.º dia de incubação. Assinalamos que entre as últimas figuram as duas amostras do Instituto Lister.

Hauduroy, em quadro diferencial cujos caracteres diz terem sido tirados o mais possível dos trabalhos originaes, acrescenta a alcalinização do leite, não referida por Bergey.

Nossas amostras alcalinizam o leite, mais ou menos no 5.º dia de incubação. Também concordam com G. Pacheco e Celso

Rodrigues no tocante à fermentação de levulose e manose e incapacidade de atacarem rafinose, arabinose e inulina.

Verificámos, ainda, o comportamento da *Shigella ambigua* em adonita, salicina, inosita, galactose e trehalose; foi inativa sobre as três primeiras e fermentou as últimas.

Empregámos carboidratos e alcoóis Pfanstiehl, indicador fenol vermelho, meio semi-sólido de Hiss preparado com infusão isenta de açúcar. Glicerina Wyman. Observação 21 dias a 37°C.

Pelo exposto, nossas culturas em nada se afastam da *Shigella ambigua*.

PRODUÇÃO DE H₂S

Vastíssima é a literatura sobre a questão da produção de H₂S pelas bactérias. Focalizam-se processos para a verificação desse desprendimento, meios de cultura adequados, mecanismo da reação, influência da temperatura de incubação e do acréscimo de carboidratos, sais inorgânicos, taurina, cistina, etc., importância das marcas de peptona e outros fatores.

Para se determinar a reação, ora o indicador da presença de H₂S é incorporado ao meio de cultura, ora usado sob a forma de papel-reactivo.

São apologistas da adição de sais de chumbo ao meio, para fins diferenciais, Burnet e Weissenbach¹⁶, Jordan e Victorson¹⁷, Kligler¹⁸, Thompson¹⁹, Bailey e Lacy²⁰ e outros.

Recomendam sais de ferro Wilson²¹, Schunk²², Levine e colaboradores²³, tendo estes últimos experimentado os de níquel, manganês, chumbo e diversos de ferro e concluído pela superioridade do citrato de ferro amoniacal.

Darling²⁴, Pacheco e Melo²⁵, Hunter e Crecelius²⁶ são pelo bismuto.

Resumindo, não existe processo "standard" para a verificação do H₂S desprendido pelas culturas bacterianas. Porém, a Comissão de Bacteriologistas Americanos²⁷, embora cite o meio de Kligler modificado, diz textualmente serem "muito mais recomendadas provas de papel acetato-chumbo do que sais incorporados ao meio" e aponta o recente trabalho de Zobell e Feltham²⁸, salientando as vantagens dessa prova. De fato, é metucioso. Comparando diferentes sais de bismuto, ferro, chumbo, níquel, manganês, cobre e estanho, mostraram preliminarmente a vantagem dos três primeiros (bismuto, ferro e chumbo) como indicadores de pequenas quantidades de H₂S em ágar nutritivo. Depois, estudando o efeito destes sobre a multiplicação de organismos, principalmente membros do grupo *Coli-aerogenes*, observaram sensibilidade maior das culturas recentes e, pelas relações entre a concentração desses sais necessária para que se desse

a reação e a concentração impediendo da multiplicação bacteriana, embora mais comparativas do que absolutas, concluam pela superioridade dos sais de ferro, recomendando citrato de ferro amoniacal a 0,05 % ou acetato ferroso a 0,03 % em meio contendo ao menos 3 % de peptona. Terminam, entretanto, mostrando maior eficiência do papel-acetato de chumbo, principalmente para identificação de culturas novas e desconhecidas, porque não interfere com o desenvolvimento das bactérias e acusa, em meio peptonado, quantidade de H_2S que só em concentração 10 vezes maior seria revelada pelo mais eficaz indicador incorporado ao meio: o ferro.

Em artigo mais recente, Hunter e Crecelius verificando, comparativamente, a sensibilidade ao H_2S do citrato de ferro amoniacal e do citrato de bismuto, discordam dos resultados de Zobel e Feltham quanto à superioridade dos sais de ferro; enquanto, com o sal de bismuto a formação do sulfureto era instantânea, o composto de ferro reagia lentamente mostrando-se, assim, menos sensível que o de bismuto. Dosada a quantidade de H_2S necessária para dar a reação, viram que o ferro exigia porção muito maior que o bismuto.

E' preciso notar, porém, que Zobel e Feltham usaram o carbonato de bismuto e estes autores o citrato.

Quaisquer que sejam as conclusões dos trabalhos realizados para a verificação do H_2S desprendido pelas culturas bacterianas, dois pontos ressaltam sempre como essenciais e Hunter e Crecelius chamam a atenção para os mesmos:

- 1) — necessidade de meio adequado ao crescimento do microorganismo em estudo e contendo conveniente fonte de enxofre;
- 2) — indicador sensível e de baixa ação tóxica.

TÉCNICA EMPREGADA

Tendo em vista as condições acima e não sendo nossa finalidade procurar processos mais sensíveis à produção de H_2S pela *Shigella ambigua*, mas demonstrar que num meio comum de laboratório, contendo porção suficiente de peptona, a reação é positiva, lembramo-nos da solução usada por Redfield e mais tarde empregada com ligeira modificação por Myers²⁹, cujo trabalho é dos mais interessantes sobre o assunto. E' um meio simples e no qual crescem bem os germes disentericos: água peptonada, com porcentagens de peptona e NaCl de 3 % e 0,5 %, respectivamente. Ajustamos o pH a 7,4 - 7,6, distribuímos quantidades de 4-5cc. em tubos de 16 x 160mm. e a esterilização se fez em autoclave, 20 minutos a 121°C.

Atendendo às divergências de opiniões a respeito da mais favorável peptona à formação de H_2S , principalmente em relação às marcas Difco e Witte, experimentámos três sobejamente conhecidas nos laboratórios de Bacteriologia: Difco (Bacto-peptona estandardizada), Witte (para Bacteriologia) e Parke Davis (peptona bacteriológica). Desconhecemos referência à vantagem da última para tal fim.

Como indicador usámos, para afastar a possibilidade de interferência com a multiplicação bacteriana, papel impregnado de acetato neutro de chumbo, solução a 10 %, diluição recomendada pelos autores que o têm empregado. Quanto a este sal, notámos, entre eles, ora o uso do acetato neutro, ora do sub-acetato, que é básico. Experimentámos ambos, de Merck. Resultados praticamente idênticos. São importantes as condições de conservação do acetato; tivemos resultados contraditórios experimentando, de início, um sal velho.

Usámos papel filtro "Zappa", quimicamente puro, fabricado por Felix Schoeller e Bausch, tiras de 4×80 mm., medidas que se aproximam das de Zobell e Feltham (5×50 mm.), mas que consideramos superiores porque maior extensão do papel fica exposta à ação do H_2S formado. Impregnadas as tiras em solução recente de acetato foram, após dessecadas, esterilizadas em autoclave, 30 minutos a $121^\circ C.$, em tubo cujo tampão de algodão protegemos com papel grosso e duplo. Esse tubo foi, por sua vez, colocado dentro de outro, igualmente protegido.

Muitos autores não se referem à esterilização do papel, que é, aliás, recomendada pela Comissão de Bacteriologistas Americanos, Zobell e Feltham, Myers, etc.. Certamente era precaução omitida à princípio, quando ainda rudimentares os conhecimentos sobre técnica bacteriológica. Assim é que um dos antigos trabalhos sobre a aplicação dos papeis-reativo em bacteriologia, o de Hollande e Beauverie³⁰, recomenda conservá-los, após rápida imersão em colódio, em frascos fechados ou entre as folhas dum caderno.

Feitas as sementeiras em quantidades aproximadamente idênticas, nos meios com as três marcas de peptona citadas, inserimos asseticamente a tira de papel entre o tampão de algodão e a boca do tubo. Incubação a $37^\circ C.$ durante 10 dias, medindo diariamente, por milímetros, por fora do tubo, a área de papel escurcida.

Topley e Wilson recomendam a troca diária do papel. Parece-nos desvantajosa porque possibilita a contaminação da cultura e desnecessária já que, por medição diária da parte enegrecida se pode avaliar, pelo papel não trocado, até que dia mais ou menos há produção de H_2S , si necessário. A intensidade do escurecimento vai se acentuando enquanto há desprendimento do composto, salvo para o caso de quantidades mínimas. Pudemos

verificar isso, em sementeiras preliminares em duas séries de tubos; numa, papel trocado diariamente; noutra, conservado. Houve correspondência bem aproximada entre o escurecimento do papel trocado e a intensificação da côr no conservado. A troca se justifica talvez para diferenciações rigorosas como propõem Zobell e Meyer³¹ para as Brucelas. Aliás, para o caso da *Shigella ambigua*, satisfaz a leitura de 24 horas, como diremos adiante. Fizemos observação durante 10 dias apenas pela curiosidade de saber qual o período do desprendimento de H_2S por essa espécie.

RESULTADOS

- A) — Tôdas as amostras de *Shigella ambigua* deram reação positiva com as três marcas de peptona, em 24 horas a 37°C., enquanto os tubos testemunhos se mantiveram negativos.
- B) — A peptona Parke Davis favoreceu consideravelmente a produção de H_2S pela *Shigella ambigua*, tendo em alguns casos o escurecimento atingido 18mm. em 24 horas, quando Difco alcançava 5 e Witte 3.
- C) — A intensidade da produção de H_2S pela *Shigella ambigua* manifestou-se de 24 horas a 3 dias, diminuindo sensivelmente no 4.º. Observámos saltos ocasionais: uma das amostras, tendo dado 1mm. no 5.º dia, acusou 8 no 6.º.
- D) — Com as amostras de *Shigella dysenteriae* houve ocasional libertação de quantidades mínimas de H_2S : amostras Parke e do Instituto Oswaldo Cruz acusaram 1 a 2mm. em 24 horas e 5 dias, respectivamente, sem que se acentuasse mais o escurecimento.
- E) — *Salmonella schottmülleri* e *Proteus vulgaris* produziram H_2S intensamente com as três peptonas, em 24 horas.

CONCLUSÕES

A medida que se repetem as pesquisas sôbre a matéria, e é o que se lê a respeito da *Shigella dysenteriae* pelo desencontro dos resultados de Fellers, Shostrom e Clark³², Tittsler e Sandholzer, Hunter e Crecelius, Myers, acentua-se a opinião de Petri e Maassen citada por Park e Williams³³, admitindo que tôdas as bactérias têm o poder de formar H_2S , conforme o meio de cultura. É a razão por que Hunter e Crecelius insistem na necessidade de se enunciar o meio e indicador empregados, ao se registrar resulta-

dos sôbre a produção de H_2S pelas bactérias. Assim apoiados, apresentamos como conclusões práticas do nosso trabalho:

- 1) — Observadas as condições que acabamos de salientar, o processo descrito permite diferenciar *Shigella dysenteriae* de *Shigella ambigua* em 24 horas.
- 2) — Observadas essas mesmas condições, a peptona Parke Davis favorece francamente a produção de H_2S pela *Shigella ambigua*.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1

RESUMO

A *Shigella ambigua* é estudada comparativamente à *Shigella dysenteriae* quanto à produção de hidrogênio sulfurado.

São verificadas as propriedades morfológicas, culturais e bioquímicas de 31 amostras de *Shigella ambigua*, das quais algumas padrões autorizados e as demais quasi na totalidade provenientes de casos de disenteria comprovados clinicamente.

Emprêgo, com detalhes, do papel-acetato de chumbo e cultura em solução peptonada de Myers para a prova de H_2S . Conclue-se que nesse meio a *Shigella ambigua* produz H_2S e a *Shigella dysenteriae* praticamente não. No meio de cultura descrito a peptona Parke Davis favorece consideravelmente a produção de hidrogênio sulfurado pela *Shigella ambigua*.

SUMMARY

Shigella ambigua, is comparatively studied with *Shigella dysenteriae*, as to the H_2S production.

Morphological, cultural and biochemical properties of 31 samples of *Shigella ambigua* were verified, some of these samples being authorised standards and the greater part of the others having been obtained from clinically comprobated cases of dysentery.

Use, with details, of paper-plumb acetate and culture in Myers' peptone solution for the H_2S test. One may reach the conclusion that in this medium, *Shigella ambigua* produces H_2S , while *Shigella dysenteriae* does not. In the culture medium described, the Parke Davis' peptone favours greatly the production of H_2S by *Shigella ambigua*.

ZUSAMMENFASSUNG

Shigella ambigua ist vergleichsweise mit *Shigella dysenteriae* durchforscht, nach der H_2S Produktion.

Morphologische, gezüchtete und biochemische Eigenschaften der 31 Muster von *Shigella ambigua* wurden beglaubigt; einige dieser Muster waren autorisierte Proben und der grösste Teil der Anderen wurden von klinisch bewiesenen Fällen der Dysenteria erlangt.

Gebrauch, mit einzelnen, Papier-Bleiazetaten und Kultur in Myers Peptonlösung für die H_2S Probe. Man kann zu dem Schluss kommen dass in diesem Nährboden, *Shigella ambigua* H_2S hervorbringt, während *Shigella dysenteriae* es nicht tut. In dem beschriebenen Kulturnährboden, Parke Davis pepton begünstigt beträchtlich die H_2S Produktion von *Shigella ambigua*.

REFERÊNCIAS

- 1 — BERGEY, D. H. — Manual of Determinative Bacteriology, 5th. ed., 388, 437, 470.
- 2 — HAUDUROY, P. et EHRINGER, G. — 1937 — Dictionnaire des Bactéries Pathogènes, 49, 50, 477, 569.
- 3 — ZINSSER, H. and BRYNE-JONES, S. — A Textbook of Bacteriology, 7th. ed., 611.
- 4 — PARK, W. H. and WILLIAMS, A. W. — Pathogenic Microorganisms, 10th. ed., 457.
- 5 — COURMONT, J. — Compendio de Bacteriologia Practica, 5.^a ed., 650.
- 6 — GARDNER e Colaboradores — 1929 — A System of Bacteriology, IV, 159.
- 7 — KOLLE, KRAUS e UHLENHUTH — Handbuck der pathogenen Mikroorganismen, 3.^a ed., 1931.
- 8 — JORDAN, E. O. — A Textbook of General Bacteriology, 11th. ed., 283.
- 9 — DOPFER, CH. et SACQUÉPÉE, E. — Précis de Bactériologie, 4ème éd., 721.
- 10 — TOPLEY, W. W. C. and WILSON, G. S. — 1936 — The Principles of Bacteriology and Immunity, 515.
- 11 — GAY, F. P. and Associates — 1935. — Agents of Disease and Host Resistance, 669.
- 12 — BESSON, A. — 1924. — Technique Microbiologique et Sérothérapique, 921.
- 13 — TITSLER, R. P. and SANDHOLZER, L. A. — 1937. — Am. Jour. Pub. Health, XXVII, 1240.
- 14 — CARVALHO LIMA — 1930. — An. Paul. Med. e Cir., XXI, 133.
- 15 — PACHECO, G. e RODRIGUES, C. — 1930. — Arch. Inst. Biol. Def. Agr. An., 145.
- 16 — BURNET, ÉT. et WEISSENBAACH, R. J. — 1915. — Compt. Rend. Soc. Biol., LXXVIII, 565.
- 17 — JORDAN, E. O. and VICTORSON, R. — 1917. — Jour. Inf. Dis., XXI, 554.
- 18 — KLIGLER, I. J. — 1918. — Jour. Exp. Med., XXVIII, 319.
- 19 — THOMPSON, L. S. — 1921. — Jour. Med. Res., XLII, 383.
- 20 — BAILEY, S. F. and LACY, G. R. — 1927. — Jour. Bact., XIII, 183.
- 21 — WILSON, W. J. — 1922-23 — Jour. Hyg., XXI, 392.
- 22 — SCHUNK, I. V. — 1924. — J. Elisa Mitchell Sci. Soc., XL, 107.
- 23 — LEVINE, M., VAUGHN, R., EPSTEIN, S. S. and ANDERSON, D. Q. — 1932. — Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., XXIX, 1022.
- 24 — DARLING, S. T. — Am. Jour. Pub. Health, vol. III, n.º 3.
- 25 — PACHECO, G. e MELO, T. — 1932. — An. Fac. Med. São Paulo, VIII, 93.
- 26 — HUNTER, C. A. and CRECELIUS, H. G. — 1938. — Jour. Bact., XXXV, n.º 2, 185.
- 27 — SOCIETY OF AMERICAN BACTERIOLOGISTS — 1936. — Manual of Methods for Pure Culture of Bacteria, V. 34-3.
- 28 — ZOBELL, C. E. and FELTHAM, C. B. — 1934. — Jour. Bact., XXVIII, 169.
- 29 — MYERS, J. T. — 1920 — Jour. Bact., V, 231.
- 30 — HOLLANDE, A. CH. et BEAUVERIE, J. — 1915 — Compt. Rend. Soc. Biol., LXXVIII, 722.
- 31 — ZOBELL, C. E. and MEYER, K. F. — 1932. — Jour. Inf. Dis., LI, 91.
- 32 — FELLERS, C. R., SHOSTROM, O. E. and CLARK, E. D. — 1924. — Jour. Bact., IX, 235.
- 33 — PARK, W. H. and WILLIAMS, A. W. — Pathogenic Microorganisms, 10th. ed., 67.

DEXTROSOL

(Glucose - d)



**EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA**

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

**CAIXA, 2972
SÃO PAULO**

**CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO**

Todas as modalidades da *SIFILIS* são influenciadas de modo notavel pelo

NATROL

(Tártaro-bismutato de sódio hidro-soluvel)

Empólas de 2cc.—0,038 Bi

Rápida negatificação da R. Wassermann, na lues primária e secundária.

Tolerância perfeita, até por via intravenosa.

Encontravel no "liquor" à primeiras injeções.

POMADA DE NATROL — Cicatrizante enérgico.

CARLOS DA SILVA ARAUJO S. A.
Caixa Postal, 163 Rio de Janeiro
Laboratorio Clinico Silva Araujo — L. C. S. A.
Deposito em S. Paulo: Rua 11 de Agosto, 35

Tipos de bacilos tíficos e seu valor epidemiológico *

Bruno Rangel Pestana

Assistente do Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo — Brasil.

A classificação do bacilo da febre tifóide em dois tipos, em relação á fermentação da xilose, é fáto ha bastante tempo conhecido (Breling, Stem, Hartoch, Schlossberger e Joffe, Kristensen e Heuriksen, Schilt, Iranic e Damitrigjevic-Spetti).

Estudos epidemiológicos ultimamente feitos, baseados na existencia desses tipos, estabelecidos segundo as propriedades bioquímicas do bacilo, demonstraram a sua importancia, servindo para orientar os epidemiologistas no esclarecimento das epidemias e suas marchas.

Tawara, Shinogo e Riber (1) estudaram especialmente a relação dos tipos e a sua importancia epidemiologica, confirmada mais tarde por outros autores.

Já em 1901, Jensen (2) havia notado diferença no poder fermentativo do bacilo da febre tifóide quanto á xilose. Jakobsen, Petersen e Bycoinsom (3) observaram que o bacilo tífico não se comportava do mesmo modo no tocante á fermentação da xilose e da arabinose.

Em 1926 Kristensen e Henriksen (4), estudando o poder fermentativo do Bacilo da febre tifóide sobre diversos açucares, estabeleceram a classificação do mesmo, segundo a produção de ácido na xilose e arabinose, em três grupos: "tipo I, o mais comum, xilose positivo e arabinose negativo; tipo II, xilose e arabinose negativos; tipo III, mais raro, acidificando a xilose e arabinose".

Esta diferenciação, se bem que não tenha importancia sob o ponto de vista patológico, oferece no entanto, importancia consideravel sob o ponto de vista epidemiológico.

Hartoch, Schlossberger e Joffe (5), examinando 36 raças de bacilo proveniente da Russia, encontraram 38 % pertencentes ao tipo II, enquanto que as raças da Alemanha pertencem ao tipo I.

(*) Trabalho do Instituto Bacteriológico de São Paulo, lido na reunião científica de 21-10-1939.

Na Italia, Solimano (6), em 1922 notou mais a presença do tipo I, que a do tipo II. Giovanardi e Mondolfo (7) acharam 85 % do tipo I e Mennonna (8) achou que 81 % das raças provenientes de diversas regiões da Italia eram do tipo I. L. Montagnani (9) verificou que as raças isoladas por êle, também na Italia, no curso de uma epidemia, eram do tipo II e que esse tipo era de pequena frequência nesse paiz, a não ser em Piemonte onde era frequentemente encontrada.

Em 1929 Schipp (10) examinando diversas raças de diversas partes da Europa achou que o tipo I era mais frequente, predominando o tipo II na Alemanha.

Hirszfeld, Melle R. Anzel e J. Rosenberg (11) (1933) verificaram que em certos distritos da Polonia a percentagem de xilose negativa era de 35 %, enquanto que em outros, não passava de 4,8 %. Acharam que a constancia do tipo tem grande valor epidemiológico.

Dimitrijevic Speth (12) (1935), no Departamento do Danubio, fazendo exames bacteriológicos de fezes de doentes de febre tifóide encontrou 75 % do tipo I; 25 % do tipo II, não encontrando o tipo III. Verificou a variação de tipos nos diversos lugares da vila.

Ivanic e Dimitrijevic Speth (13) empregaram este método para investigar a origem de uma epidemia, tendo chegado a resultados interessantes. Numa epidemia em Belgrado, em 1929, observaram a presença dos dois tipos de Bacilo de Eberth, mas com uma distribuição característica. Nos primeiros tempos, em casos isolados na cidade, só se verificou o tipo I. Depois encontraram o tipo II ao longo do Danubio. Assim, evidenciaram que se tratava de uma nova onda epidêmica de origem diversa, como já tinha sido suspeitado pelo exame das raças isoladas.

Schad (14) (1930) aplicando a análise do tipo pôde também seguir a origem de uma epidemia produzida por leite e que parecia, á primeira vista, ter partido duma senhora portadora de bacilo. O estudo do germen, demonstrou que o germen isolado dos doentes era xilose negativo, enquanto que a portadora eliminava xilose positivo.

Dechigi (15), em 1933, na Italia pôde também verificar a origem de uma epidemia em Pestoria, cuja hipótese era de origem hídrica.

Klinge (16) (1935), estudando 1.000 raças de bacilo de febre tifóide sob o ponto de vista da fermentação, encontrou que o tipo mais frequente, 81,4 %, era aquele que fermenta a xilose e que não tem ação sobre a arabinose, dulcitol e rafinose. Verificou que a diferença dos tipos se mantém sem se modificar, por muitos anos, não tendo nenhum interesse patológico. No entanto, é de real importância sob o ponto de vista epidemiológico, pois permite seguir de um caso a outro e determinar a

origem do caso. Acha mesmo que um laboratorio de bacteriologia, quando encarregado de estudar um caso de febre tifoide, faz obra util verificando o comportamento da raça isolada em relação aos açucares (xilose, arabinose, dulcita) comunicando os resultados constatados aos funcionarios encarregados dos estudos epidemiologicos.

Com o fim de verificarmos a frequencia dos tipos isolados no Estado de São Paulo e do seu valor epidemiologico resolvemos fazer algumas pesquisas com as raças isoladas no Instituto Bacteriologico de São Paulo e os casos observados no Hospital de Isolamento "Emilio Ribas".

Infelizmente não conseguimos todos os dados epidemiologicos a respeito dos casos por nós verificados.

A verificação do poder fermentativo foi feita tanto em meio liquido como solido, usando açúcar Pfanstiehl, e como indicador o fenol vermelho e indicador Andrade.

As culturas foram observadas durante 30 dias, tendo sido notado que os bacilos que não fermentaram a xilose em 10 dias, depois dessa época podem produzir uma ligeira fermentação, voltando novamente depois de 20 dias de estufa.

Um estudo mais detalhado das propriedades bioquimicas da *Eberthella typhosa*, pretendemos dar á publicidade logo que nos seja possivel terminar as pesquisas que estão sendo feitas.

De 404 raças de bacilo tifico, isoladas por hemocultura, e identificadas no Instituto, no ano de 1938, encontrámos o seguinte:

| | |
|---|-----|
| Grupo I — Fermentam xilose e não fermentam arabinose. | 233 |
| Grupo II — Não fermentam xilose e nem arabinose. | 71 |
| Grupo III — Fermentam xilose e arabinose | 0 |
| Total | 404 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Do Grupo I eram da Capital. | 139 |
| do Interior. | 94 |
| TOTAL | 233 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| Do Grupo II eram da Capital | 38 |
| do Interior. | 33 |
| TOTAL | 71 |

| | |
|---|----|
| Dos 61 exames de fézes, eram do Grupo I | 38 |
| do Grupo II | 23 |
| TOTAL | 61 |

E' interessante notar, como varios autores já verificaram, que a propriedade de fermentar, duma raça isolada de determinada pessoa, seja sempre identica, seja qual fôr o material que tenha servido para isolar (sangue, fêzes) (Kristensen). Outrossim, mantem-se essa propriedade por muito tempo, depois de isolada e independente do meio usado (Hartoch). Verificamos mesmo que a raça isolada de um doente, se mantêm com a mesma propriedade durante o tempo em que o doente é portador, sendo este um fator importante sob o ponto de vista epidemiologico. A propriedade de fermentar é um carater fixo e constante de cada tipo de *Eberthella typhosa*. A constancia e a fixidez desse poder fermentativo se reveste de papel importante, particularmente quando se considera este ponto como guia para esclarecer a origem de uma epidemia e seguir seu curso e difusão.

Em épocas diferentes tivemos ocasião de isolar de fêzes de alguns portadores de germes o bacilo tífico, sempre fermentador da xilose.

Dos doentes 83, 198, 272, 277, 454, 622 e 638, cuja hemocultura poi positiva para o bacilo do Grupo II, isolamos das fêzes tambem o bacilo do Grupo II. Dos doentes 70, 93, 98, 99, 107, 231, 326, 367, 441, 449, 458, 481, 483, 512, 787, 802 e 853 tanto de hemocultura como de fêzes isolamos germen do Grupo I.

Durante o ano de 1938 de raças isoladas de sangue de doente proveniente de *Guaratinguetá, Santos, Rancharia*, só encontrámos germens do Grupo II, isto é, que não fermentavam a xilose e arabinose, enquanto que de sangue de doente de outras cidades do interior, como Sorocaba, Jundiaí, Marília, Ourinhos, Pirajú, São Manoel, Casa Branca, Avaré, Bragança, Itú, Paraguassú, Bebedouro, Araraquara e Mocóca, Paraibúna, São Joaquim e São Carlos, somente foram identificados germens do Grupo I, isto é, que fermentavam xilose e não fermentavam a arabinose.

Em Botucatu tivemos mesmo uma epidemia, onde só foi isolado germen do Grupo I.

De sangue de doentes de *Piracicaba, Bragança, Mogi das Cruzes e Jaú*, foram isolados bacilos tanto do Grupo I como do Grupo II.

Na Capital, da maioria dos casos, foram isolados germens do Grupo I, cuja procedencia era da zona rural; sendo mais frequente na zona urbana o tipo II.

No bairro da Casa Verde, onde não havia agua encanada, tivemos, nos primeiros meses do ano de 1938, uma epidemia de febre tifóide, onde só foi isolado o bacilo do Grupo I.

Interessante é aqui salientar que, quando os casos se repetem na mesma casa, o tipo do bacilo mantém sempre o mesmo. Assim, na rua da Moóca n.º 860 deu-se um caso de febre tifóide, onde isolámos o germen do tipo II. Passados alguns dias foi removido, dessa mesma casa para o Hospital de Isolamento, um outro doente, cuja hemocultura deu resultado positivo para o Grupo II. O mesmo fato verificámos em outras casas, como os que foram removidos da Serra de Araraquara, 166, onde tanto pela hemocultura como pelo exame de fézes isolámos o bacilo tífico do Grupo II.

Da rua Flora, 116, foram removidos para o Hospital do Isolamento, no dia 16 de Fevereiro, dois doentes de febre titóide, cuja hemocultura foi isolado um bacilo do Grupo I. Em 5 de Março, novo doente é removido para o Hospital, tendo sido isolado do sangue um bacilo tífico do Grupo I. Em 10 de Março, novo doente foi removido, sendo também isolado um bacilo do Grupo I.

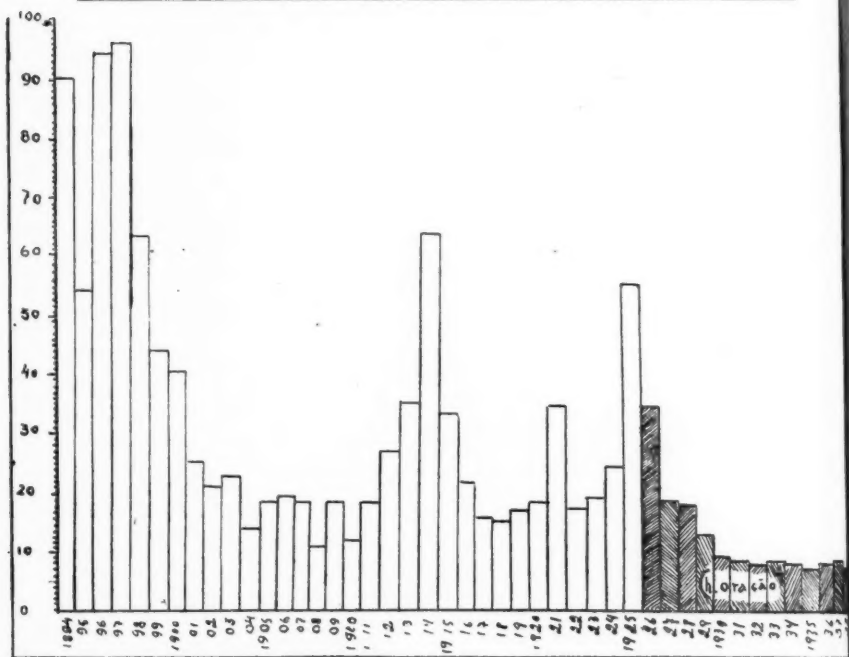
Da rua Tamoios n.º 33, Indianópolis, foram removidos durante o ano, em épocas diferentes, 5 casos de febre tifóide, onde foi sempre isolado pela hemocultura de todos os doentes o bacilo do Grupo I.

Das diversas verificações que fizemos nunca encontrámos diferença de grupo de germens no mesmo doente (hemocultura e fézes) ou em doentes da mesma casa.

Verificamos, pois, como observou Klinge, que a diferença dos tipos se mantém sem se modificar, tendo grande valor sob o ponto de vista epidemiológico, pois permite seguir de um caso a outro, determinando assim a origem de um surto epidêmico.

O problema epidemiológico da febre tifóide na cidade de S. Paulo mudou completamente nestes 15 ultimos anos. Hoje 73 % dos casos são da zona sub-urbana, onde não existe agua e exgoto, sendo que sómente 27 % são de casos que provêm de zona urbana, na qual existe agua e exgoto.

Antes da campanha iniciada pelo Instituto Bacteriológico de S. Paulo, sob a sábia orientação, do Prof. Ficker, o maior numero de casos era da zona urbana abastecida de agua e possuindo rêde de exgoto, conforme já tivemos ocasião de demonstrar em trabalho por nós publicado (17).



Mortalidade por febre tifóide na cidade de São Paulo, antes e depois da cloração das águas do abastecimento da cidade.

O quadro demonstra a mudança produzida na mortalidade por febre tifóide, na cidade de S. Paulo, antes e depois de serem cloradas as águas do abastecimento.

Esse brilhante resultado obtido pelas campanhas feitas pelo Instituto Bacteriológico mostra o quanto tínhamos razão quando achávamos que *"a água era na cidade de S. Paulo o principal transmissor da febre tifóide"*, e pedíamos *"a esterilização pelo cloro como medida preliminar, para resguardar a Capital paulista das devastações da febre tifóide"*. *"A ela"*, dizíamos, então, *"poderão seguir-se outras medidas de caráter profilático"*. (17)

Hoje nova orientação deve ser dada à campanha a esse mal que ainda causa algumas vítimas, principalmente nas zonas sub-urbanas, pois a verificação da existência dos diferentes tipos de bacilos da febre tifóide permitem estudar com mais facilidade a origem dos surtos epidêmicos.

A pesquisa de portadores, a vigilância sanitária e a vacinação sistemática, não só das populações da zona sub-urbana, mas principalmente nos focos, como foi feita na epidemia de princípios de 1938, no bairro da Casa Verde, onde S. Calazans e

José de Toledo Piza empregando a vacinação em massa conseguiram dominar uma epidemia de febre tifóide dentro de pouco tempo.

O estudo epidemiológico feito por nós demonstra que existem casas na cidade de S. Paulo, onde se registraram em diferentes datas diversos casos de febre tifóide, cuja origem era a mesma, porquanto o bacilo isolado, quer do portador, como do doente, pertenciam ao mesmo grupo. Uma vigilância sanitária e a vacinação das pessoas da casa e dos comunicantes, estendendo mesmo a toda a zona, evitaria então a propagação do mal.

Ao Dr. José Augusto Arantes, Diretor do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", agradecemos os dados fornecidos e que muito nos auxiliaram neste trabalho.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — TAWARA, SHINOGO e RIBER — Japan Medical World — vol. 9, 1929.
- 2) — JANSEN — 1901. Citado por M. Kristensen — The Journal of Hygiene — vol. 38 n.º 6, pg. 688, 1938.
- 3) — JAKOBSEN, PETERSEN und BOJIORNSSÓN — Citado por Kristensen.
- 4) — KRISTENSEN e HENRIKSEN e DEVANTIER — Acta pathologica e microb. Scand. — V. III, 1926, pg. 551.
- 5) — HARTOCH, SCHLOSSBERGER e JOFFE — Zeitsch fur Hygieni — vol. 105, pg. 564, 1926.
- 6) — SOLIMANO — Pathologica, 1922.
- 7) — GIOVANARDI e MONDOFÓ — Boll. Sc. Med. Bologna, 1932.
- 8) — MENNONNA G. — Boll. Instituto Sieroterapico de Milano — pg. 94, 1934.
- 9) — L. MONTAGMNI — Giornali de Batteriologia e Immologia — vol. XIX, pg. 180, 1937.
- 10) — SCHIFF — Cent. f. Bakt. Org. — vol. 110, 1929.
- 11) — HERSZFEDL, Melle R. ANGEL e J. ROSEMBERG — Comp. Rend. da Soc. Biologie. Tome I, pg. 1454, 1933.
- 12) — DIMITRIJEVIC SPETH — Glasmik Cent. Hyg. Zonodn — 1935. Ref. Bul. Offic. Inter. de Hyg. Publique — pg. 2382, 1936.
- 13) — IVANIC e DIMITRIJEVIC SPETH — Imm. Allergie en Inf. Vol. II, 1929, 30.
- 14) — SCHAD M. — Münch Medec. Woch — 1930.
- 15) — DECHIGI — Igiene Moderna, 1933, n.º 7.
- 16) — KLINGE — Zellblat fur Bakteriologie — CCXXXV. F. 1.3 pg. 179, 1935.
- 17) — RANGEL PESTANA, BRUNO — Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, pg. 101, 123, 149 — Junho, 1918.
- 18) — I. GORRIERI — Annali d'Igiene — pg. 193, n.º 5, 1936.
- 19) — M. GUNDEL — Die Typhenlehre under Mikrobiologie. Jenna, 1934. Pg. 98.

ANESTHESIA

GERAL

LOCAL

Balsoforme

Kelene gorgul

Ether anesthesico
Rhodia

Chloroformio Specia

Scurocaine

Kelene local

Stovaine
Billon

PUREZA E

EFICACIA

D

Specia

MARQUEE POULIEN FRERES
USINES DU RHONE
LYON

CORRESPONDENCIA: *Rhodia*

CAIXA POSTAL. 2916 - SÃO PAULO.

Sífilis aórtica, estreitamento dos orifícios coronários, morte súbita *

Dr. Paulo Q. T. Tibiriçá

Assistente e Livre-docente.

Nota de divulgação do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor: Prof. Dr. L. da Cunha Motta.

História clínica: Foi obtida da família, pelo médico verificador de óbitos e era a seguinte: "A. L. F., 45 anos, masculino, pedreiro, português. Até hontem, 16, às 18 horas trabalhou. Ao chegar à casa, após o jantar, tendo comido pouco, deitou-se. A sua mulher ouviu o mesmo dar dois gemidos, não respondendo às perguntas que a mesma lhe fez, falecendo logo em seguida. Até então era forte e não se queixava de nada".

Necrópsia N.º SS. 13.030/39

| | |
|---|---------------------------|
| Nome: A. L. F. | Sexo: masculino |
| Idade: 45 anos | Raça: branca |
| Óbito: 17-12-1939 (3 hrs.) | Casado, pedreiro |
| Necrópsia :18-12-1939 (9,30 hrs.) | Português — Leria |
| Necropsiante: Dr. Paulo Tibiriçá | Domc.: R. Frei Durão, 123 |
| Recebido às 12 hrs. de 17-12-1939. | Alto do Ipiranga |
| Causa mortis: isquemia do miocárdio. | |
| Doença: Sífilis aórtica | |
| Diagnósticos: — Hiperplasia linfóide dos intestinos | |
| Hiperplasia linfóide da pólpa vermelha do baço | |
| Aderências pleurais bi-laterais. | |

Do relatório da necrópsia convém mencionar que se tratava de um indivíduo de complexão robusta, dando a impressão, ao exame externo, "que devia estar vivo". No sulco balano-prepucial, um pouco à esquerda da linha mediana do dorso do penis, ha uma pequena cicatriz arredondada, medindo cerca de 0,4 cms. de diâmetro. As amígdalas apresentavam velhos abscessos praticamente inativos. Os pulmões apresentavam congestão ligeira, mais acentuada na base do pulmão direito. Damos a seguir o relatório do exame do coração e da aorta:

(*) — Esta nota inicia uma série de notas de divulgação dos casos interessantes observados neste Departamento. Não são propriamente trabalhos científicos, porém, meras notas de divulgação, sem literatura, sem considerações prévias.

Coração: — As lacínias aórticas estão espessadas, com intensa fibrose das comissuras, o que aparentemente separa as lacínias umas das outras. Além da fibrose, ha retração das lacínias. Na parte inicial da aorta, a intima está irregularmente espessada, com depressões estreladas e obliteração da coronária direita e diminuição do orifício da coronária esquerda. No miocárdio do septo, porção posterior, nota-se uma faixa larga

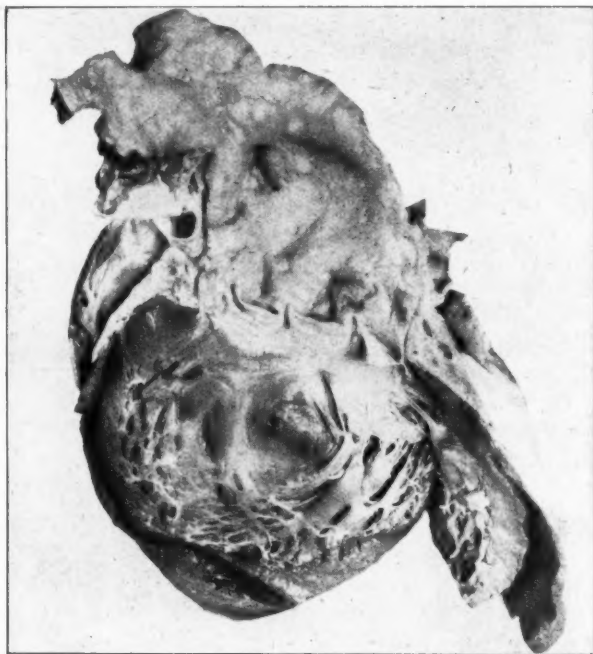


Fig. 1

Vê-se a intensidade das alterações sífilíticas da aorta e o comprometimento valvular.

de musculatura, que se apresenta de coloração um pouco mais clara do que o restante miocárdio. Os limites desta faixa são apenas ligeiramente irregulares.

Aorta: — A endartéria apresenta até a porção abdominal não só lesões semelhantes às já descritas na sua parte inicial, como também sulcos longitudinais paralelos. Na porção torácica ascendente, as lesões mais se acentuam, notando-se a esse nível uma dilatação da parede que se fez em sentido posterior e um pouco à direita.

Na cavidade abdominal havia congestão passiva dos rins, divertículo de Meckel e hiperplasia linfóide ligeira dos intestinos.

COMENTÁRIO

O presente caso interessa pela surpresa que a morte constituiu. Tratava-se de um indivíduo que "até então era forte e não se queixava de nada", o qual, de um momento para outro, dá dois gemidos e morre sem possibilidades de ser socorrido.

Como explicar, em um mesmo indivíduo, a sensação de boa saúde, com as condições necessárias para sua morte súbita? Não é fácil, pois a passagem do estado de saúde aparente para o de morte, foi rapidíssima.

As lesões sífilíticas da aorta fizeram-se com a lentidão suficiente para que os mecanismos de adaptação ao novo estado se desenvolvessem com boas probabilidades de êxito. O fechamento completo do orifício coronário direito processou-se à medida que as anastomoses de seu território com o da esquerda se dilatavam, acomodando-se à nova situação. Entretanto o orifício coronário esquerdo, também se estreitava, diminuindo sempre a possibilidade de irrigação do miocárdio. O que é difícil explicar-se é como pôde um indivíduo nessas condições viver bem até o momento de sua morte, sem sintomas que o levassem sequer a queixar-se à família. Como pôde aquele miocárdio forçosamente mal irrigado sustentar uma circulação regular? Qual a causa que veio trazer um desequilíbrio tão súbito? Se admitirmos que o grau de anemia do miocárdio não era tão intenso a ponto de produzir perturbações graves, ficamos impossibilitados de explicar satisfatoriamente a razão de ser do aparecimento da faixa de isquemia. Se ao contrário admitirmos que a irrigação do miocárdio estava profundamente perturbada e por isso se deu a morte, ficamos sem explicação para a ausência de sintomas graves que caracterizou a vida do necropsiando. Há entretanto uma hipótese conciliatória: o estado da rede vascular do miocárdio, embora mau, era suficiente para as necessidades vitais costumeiras do indivíduo, daí a sua sensação de boa saúde. No dia de sua morte, algo houve que sobrecarregou o miocárdio. Este ao procurar reagir, sentiu irrigação insuficiente para a sobrecarga de trabalho. Deve ter havido vaso dilatação para atender à sua maior necessidade de sangue. Os territórios mais próximos à parte inicial da coronária foram servidos, o que acarretou a falta grande de sangue para a região isquemiada. É esta uma explicação que nos parece plausível. Contra ela, fala a ausência do motivo da sobrecarga na história clínica. Isto não é porém motivo para que se abandone esta hipótese, pois a história clínica foi obtida da esposa, que podia não estar ao par do que fizera o marido no trabalho no dia da morte. Lembremo-nos que ele jantou pouco e foi deitar-se. Já devia estar sentindo qualquer cousa anormal. Talvez teve que fazer algum trabalho pesado durante o dia. Por outro lado o tempo

estava pouco favoravel a quem quer que seja: dia de calor e vento noroeste.

Cremos pois que as lesões aórticas, as condições meteorológicas e um possível esforço maior no serviço tenham sido a causa da isquemia do miocárdio que vitimou o necropsiando.

Chamemos a atenção para mais uma cousa: a sífilis é molestia traiçoeira, lesando internamente o organismo e dando externamente aparência de boa saúde. Frequentemente a morte é o primeiro sintoma das lesões sífilíticas vasculares. Outras vezes as lesões são reconhecidas tardiamente. Felizmente ainda ha casos em que o reconhecimento pode ser feito em tempo util para a instituição de um tratamento adequado.

Endereço: Caixa Postal 2.921.

NEO-HEPAN - figado injectavel



Entérites

Dermatoses

Colites

Lactéol=Comprimidos
Lactéol=Granulado
Lactéol=Líquido
do Dr BOUCARD

Gastro-

Entérites

das crianças de peito

Auto-Intoxicações

30, Rue Singer - PARIS



Sobre o "signal de Lemos Torres" *

Appello á Logica

Dr. Lemos Torres

Director da Escola Paulista de Medicina.

Sob a forma de livro publicou o dr. Ferreira Junior os seus trabalhos e entre elles se encontra um, subordinado ao titulo "NAO HA SIGNAL DE LEMOS TORRES" em que o autor reeditou exactamente os mesmos argumentos expendidos anteriormente. E' essa a razão deste appello á Logica.

Leibniz numa carta a Wagner dizia que se se empregasse sempre nas discussões a forma syllogistica "por-se-hia termo ás repetições, ás divagações, ás exposições incompletas, ás reticencias, ás omissões involuntarias ou voluntarias, ás desordens, aos equívocos, ás emoções desagradaveis que dahi resultam". E' o que procuraremos fazer, desembaraçando o raciocinio de todo o pormenor inutil e de todo o artificio de linguagem. A nossa argumentação será desacompanhada de explicações e de maiores desenvolvimentos, pois supomos o assumpto deste signal já conhecido.

Todos os argumentos do Dr. Ferreira Junior pôdem ser condensados no seguinte syllogismo:

Premissa maior: — Nenhum movimento intercostal é caracteristico de derrame pleural.

Premissa menor: — O abaulamento é um movimento intercostal.

Conclusão: — logo o abaulamento não é caracteristico de derrame pleural = (não ha signal de Lemos Torres).

Acreditamos ter expressado fielmente o raciocinio do Dr. Ferreira Junior. Em todo o caso, para que á nossa argumentação não falte o merito da tolerancia, podemos suppôr que o Dr. Ferreira Junior não tenha querido, talvez, dar uma extensão universal á sua negação e tenha tido em mente *negar* apenas que *todos* os movimentos intercostaes fossem caracteristicos de derrame pleural; ficará então o syllogismo assim constituido:

Premissa maior: — Todos os movimentos intercostaes não são característicos de derrame da pleura.

Premissa menor: — O abaulamento é um movimento intercostal.

Conclusão: — Logo, o abaulamento não é característico de derrame pleural = (não ha signal de Lemos Torres).

Examinemos cada um destes syllogismos de per si.

Quanto ao primeiro, para todos aquelles que conhecem o assumpto, salta aos olhos que se trata aqui dum *sophisma extralogico*, *sophisma de petição de principio*, pois seria dar como certo, exactamente aquillo que está em discussão, seria dar como provado o *todo* quando no maximo, para argumentar, poder-se-ia considerar provada uma parte desse todo: — a que se refere aos movimentos normaes do espaço intercostal (objecto exclusivo das pesquisas do Dr. Ferreira Junior), e não a que se refere ao abaulamento (objecto exclusivo das pesquisas dos outros autores).

Quanto ao segundo syllogismo, mesmo para quem não conheça o assumpto em discussão, é facil verificar que se trata aqui dum *sophisma logica de dedução*, como passamos a provar:

Assim, pecca contra a regra mais importante do syllogismo a 3.^a que diz que o *termo medio* deve ser tomado pelo menos uma vez em toda a sua extensão (aut semel aut iterum medius generaliter esto); o termo médio é aqui *-movimento-*. A maior *-Todos os movimentos intercostaes não são característicos de derrame pleural-* é uma proposição particular negativa *O*, pois exprime apenas a *negação da universalidade*; isto é, nega apenas a universal affirmativa *-A Todos os movimentos intercostaes são característicos de derrame-* (o que, seja dito de passagem nunca foi affirmado por nenhum daquelles que defenderam o abaulamento expiratorio como signal de derrame), e como proposição particular negativa *O*, o sujeito (os movimentos) é tomado apenas em parte da sua extensão. A menor sendo uma proposição affirmativa, o predicado (movimento) é tambem tomado em parte de sua extensão; e portanto o termo médio (movimento), foi aqui neste caso, tomado em duas partes distintas de sua extensão, ficando o syllogismo com 4 termos, indo então tambem de encontro á 1.^a regra que ordena que o syllogismo tenha só 3 termos (*terminus esto triplex*). Pecca ainda contra a 8.^a regra do syllogismo, pois as duas premissas são particulares: a maior é uma particular negativa *O*, como acabamos de ver, e a menor uma particular affirmativa, pois que o seu sujeito, *abaulamento*, é tomado tambem em uma parte de sua extensão, pois não se trata aqui de todos os abaulamentos, mas apenas daquele particularmente em discussão (O Signal de Lemos Torres); e se-

gundo esta regra "nil sequitur geminis ex particularibus unquam", de duas premissas particulares não ha conclusão logica possível.

Mas temos ainda mais: esta proposição — *o abaulamento não é característico de derrame ou a sua equipolente "não ha signal de Lemos Torres"*, foi provada falsa pelos autores que se occuparam do assumpto (ver bibliographia junta); vamos agora empregar aqui as regras de *oposição das proposições* que aprendemos no estudo de dedução immediata: óra, a proposição: "*O abaulamento não é característico de derrame*" é uma proposição *particular negativa O*; é particular porque o sujeito é tomado apenas em uma parte de sua extensão, pois *abaulamento* aqui repetimos, se refere não a todos os abaulamentos, mas apenas áquelle particularmente em discussão. Ora, se esta proposição em *O* é falsa, applicando-se as regras de *oposição das proposições*, temos que no caso de proposições sub-contrarias *O* e *I*, quando *O* é falsa *I* é necessariamente verdadeira. Ora a proposição falsa *O* "*o abaulamento (alguns abaulamentos) não é característico dos derrames*" tem como sub-contraria a particular affirmativa *I*: "*alguns abaulamentos são característicos de derrame*", que é, segundo as regras da logica, necessariamente, forçosamente verdadeira.

Aproveitamos aqui a oportunidade de tratar de uma outra objecção feita por um outro distincto collega de que o *abaulamento expiratorio dos ultimos espaços intercostaes*, que descrevemos como signal de derrame, seja produzido não por liquidos mas sim pelo proprio pulmão. Recorrendo ainda á forma syllogistica teremos:

Premissa maior: — O abaulamento é produzido pelo pulmão.

Premissa menor: — Do abaulamento, por punção retira-se liquido em 96,42 % dos casos (Dr. Fleury de Oliveira).

Conclusão: — Logo do pulmão se retira liquido em 96,42 % dos casos.

Ora, se a conclusão deste syllogismo é falsa, como é evidente, temos o direito de affirmar *a priori* que pelo menos, uma das premissas necessariamente o é; o que se resolverá pelo exame intrinseco das proposições: óra a menor não póde ser falsa, pois é apenas a affirmação do facto experimental "enfiando-se uma agulha retira-se liquido", logo é a maior "*o abaulamento é produzido pelo pulmão*" que será a falsa, no caso em estudo, do abaulamento expiratorio dos ultimos espaços intercostaes.

Finalmente do exame sereno e imparcial da discussão resultam as seguintes proposições todas ellas *verdadeiras* e que mostram com claresa a parte de *verdade* que cabe a cada um dos campos divergentes: o que aliás seria de esperar, pois que, toda

a controversia "contains under whatever disguizes of error, some soul of truth":

a) — Os movimentos do intercosto *verificados pela technica do Dr. Ferreira Junior* nada indicam de facto, quanto á presença ou ausencia de liquido na cavidade pleural.

b) — Quando se verifica ou demonstra pelas technicas dos Profs. Jayme Pereira e Barbosa Corrêa, ou mesmo pela simples inspecção que o *abaulamento* faz parte destes movimentos do intercosto, então retiramos liquido pleural em 96,42 % dos casos (Dr. Fleury de Oliveira).

c) — Logo o abaulamento descripto é um signal de derrame pleural em 96,42 % dos casos.

Ou, lançando mão do syllogismo:

Premissa maior: — Todos os movimentos dos ultimos espaços intercostaes que excedem expiratoriamente o plano do gradeado costal revelam liquido á punccção em 96,42 % dos casos, segundo o Dr. Fleury de Oliveira.

Premissa menor: — O abaulamento expiratorio é um movimento que excede expiratoriamente o plano do gradeado costal.

Conclusão: — Logo o abaulamento expiratorio dos ultimos espaços intercostaes indica liquido em 96,42 % dos casos.

ESCHEMATISANDO:

- 1.^a — movimentos + protrusão = liquido
- 2.^a — abaulamento = movimento + protrusão
- 3.^a — logo, abaulamento = liquido.

RESUMINDO:

Temos que,

1.^o) — o Dr. Ferreira Junior confessa "*ter estudado apenas os movimentos intercostaes*" e portanto não tinha o direito de dar ao phenomeno de que se occupa a denominação "Signal de Lemos Torres".

2.^o) — nega ter dito "*que o abaulamento não é caracteristico de liquido*" e portanto não tinha o direito de affirmar "não ha SIGNAL DE LEMOS TORRES".

No primeiro caso estudou aquillo que não estava em discussão (*os movimentos intercostaes*), no segundo discutiu aquillo que não estudou (*o abaulamento expiratorio*).

BIBLIOGRAFIA

- 1 — TORRES (A. de Lemos) — *Sobre o abaulamento expiratorio dos intercostos nos derrames da pleura* — "Bol. da Soc. de Med. e Cir." — S. Paulo 1929-1930 - XIII - 135.
- 2 — TORRES (A. de Lemos) — *Sobre um novo sinal de derrame pleural* — S. Paulo — 1929.
- 3 — REDAÇÃO (T.) — *Um novo sinal para o diagnostico dos derrames pleuraes* — *Paginas Medicas* — 6-1929 - Fasc. VI - 398-399.
- 4 — SOARES (J. B. de Souza) — *Derrame pleural diagnosticado somente pelo sinal descrito pelo Dr. Lemos Torres* — "São Paulo Medico" — 8-1929 - I 270.
- 5 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Contribuição ao estudo do sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 28-12-1929 - XLIII - 1595.
- 6 — OLIVEIRA (B. Fleury) — *Contribuição ao estudo do sinal de Lemos Torres* — Tese inaugural — S. Paulo, 1930 — Premio "Sergio Meira" da Soc. de Med. e Cir. de S. Paulo.
- 7 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Sobre o sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 3-5-1930 - XLIV - 498.
- 8 — CORRÊA (J. Barbosa) — *O sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 21-6-1930 - XLIV - 674.
- 9 — PEREIRA (Jaime Regalo) — *Sobre o registo grafico do sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 5-7-1930 - XLIV - 733.
- 10 — OLIVEIRA (B. Fleury) — *O sinal de Lemos Torres na hypotonia das musculos intercostaes* — "Brasil Medico" — 12-7-1930 - XLIV - 757.
- 11 — RAMOS (Jairo) — *O sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 16-8-1930 - XLIV - 908.
- 12 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Não ha sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 30-8-1930 - XLIV - 969.
- 13 — LOBO (J. Ignacio) — *Sobre o sinal de Lemos Torres* — "S. Paulo Medico" — 8-1930 - N. 4.
- 14 — REDAÇÃO DA "GAZETA CLINICA" (A.) — *O sinal de Lemos Torres* — 9-1930 - XXVIII - 238.
- 15 — TORRES (A. de Lemos) — *Sobre o abaulamento expiratorio dos ultimos espaços intercostais indicando liquido na cavidade pleural* — "Brasil Medico" — 18-10-1930 - XLIV - 1190 - 1197.
- 16 — PEREIRA (Jaime R.) — *Sobre o sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 1-11-1930 - XLIV - 1245.
- 17 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Encerrando a questão do Sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 22-11-1930 - XLIV - 1321.
- 18 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Sinal de Lemos Torres* — "Brasil Medico" — 29-11-1930 - XLIV - 1344.
- 19 — PEREIRA (Jaime R.) e NEBIAS (J. Octavio) — *Pressão dos derrames pleuraes e "Sinal de Lemos Torres"* — *Annaes Paulistas de Med. e Cir.* — 12-1930 - XXI - 275-280.
- 20 — TORRES (A. de Lemos) — *Sobre o abaulamento expiratorio dos ultimos espaços intercostaes, indicando liquido na cavidade pleural.* — *Annaes Paulistas de Med. e Cir.* — 12-1930 - XXI - 281-322.
- 21 — ROMERO (J. Vieira) — *Manual de Patologia Medica.* — 1.^a edição — 1931 — Rio de Janeiro - I - 686.

- 22 — LIMA (Getulio) — *Sinal de Lemos Torres* — Annaes do 1.º Congresso Academico de Estudantes de Medicina — Rio de Janeiro — 1933.
- 23 — PAULA (Aloisio) e LIMA (Getulio) — *O sinal de Lemos Torres* — "O Hospital" — Rio de Janeiro — 5-1934 - n. 4 - 2-31.
- 24 — FERREIRA (Oscar Jr.) — *Clinica Medica Pratica da Biblioteca Universitaria Brasileira* - 1935 - 197-218.
- 25 — OLIVEIRA (Luciano de) — *Sinal de Lemos Torres* — Recife Medico — 6-1937 - ano 1 - n. 3 - 1.
- 26 — TRANCHESI (Bernardino) — *Diagnostico diferencial do Sinal de Lemos Torres* — Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — 12-1937 — XXXIV — n. 6.
- 27 — *Abaulamento expiratorio dos ultimos espacos intercostais, indicando liquido na cavidade pleural.* — Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — (Numero Jubilar do Prof. A. de Lemos Torres) — 4-1939 — XXXVII — 365-385.
- 28 — QUEIROZ (Leoncio de) — *Molestias dos Lactentes e seu Tratamento* 3.ª edição — 1938 — São Paulo — pg. 605.

Senotiol- CALCIO COLLOIDAL INJECTAVEL

INSTITUTO BIOS

M. VIANNA & CIA. LTDA.

RUA DR. OCTAVIO CARNEIRO, 130 - NITEROI

Um producto que vem impressionando a classe medica pelos seus efeitos maravilhosos:

HEMO-HORMON (HORMONIO HEMATOGENICO)

6 AMP. DE 5 c.c.

Alem de substituir as transfusões de sangue nos seus efeitos, tem a vantagem do preço e manipulação facil.

Indicado em todos os typos de anemias e como estimulante das defesas naturais do organismo.

A' VENDA EM TODAS AS DROGARIAS

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO
D. CIRILLO

RUA QUIRINO DE ANDRADE, 211
TELEPHONE. 2-1400

CAIXA POSTAL, 3249
S. PAULO

Fístula torácica curada pelo método quimiofisioterápico *

Dr. F. Finocchiaro

Cirurgião da Beneficência Portuguesa.

Pelo método quimiofisioterápico, aplicado por nós em diversos processos inflamatórios (1), tivemos oportunidade de tratar, recentemente, um caso que julgamos interessante referir, como se segue:

Observação. — A. G., italiano, 65 anos.

Anamnese: o doente apresentou-se em nosso consultório, enviado pelo dr. Vicente Zamitti Mammana. Refere nosso colega que "o sr. A. G. apresentou-se ha tres anos, com um abcesso situado na região costal direita, que foi aberto e drenado. Demorando a cicatrização, foi feita radiografia que revelou osteomielite com sequestro. Nessa ocasião foi feita uma sequestrotomia com curetagem do osso. Continuando o doente nas mesmas condições, efetuou-se uma costotomia (10 cnts.). Outra radiografia posterior revelou osteomielite da VI costela" e continuando o doente nessas condições foi nos enviado para nele tentarmos o método quimiofisioterápico.

Antecedentes: ha quatro anos foi operado (calculose biliar) pelo Dr. Vicente Z. Mammana.

Exame físico local: Na região costal direita, terço medio o doente apresenta uma ferida (operatória) de 10 cnts. de comprimento, infundi-

(*) Comunicação feita a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa em 1-12-39.

(1) F. Finocchiaro — Contribuição ao tratamento conservador da tuberculose cirúrgica e outras molestias pelo método químico-fisi-terápico. An. P. de Med. e Cir. 26 abril, 34.

F. Finocchiaro — Efeito curativo sobre a tbc. pulmonar do tratamento quimiofisioterápico de uma lesão local. An. P. de Med. e Cir. 9; abril, 35.

J. Finocchiaro — Micoses gomosas por Rhinocladium (sporotricose). An. P. de Med. e Cir. 30:379, 35.

F. Finocchiaro — Tratamento do linfogranuloma venéreo pelo método químico-fisioterápico. A. P. de Med. e Cir. 34:6; Dezembro, 37.

F. Finocchiaro — Processos agudos tratados pelo método químico-fisioterápico. An. Paul. de Med. e Cir. 35:3; Março 38.

F. Finocchiaro — Tuberculose ganglionar. Tratamento pelo método quimio-fisioterápico. An. Paul. de Med. e Cir. 35:5; 479, maio 38.

F. Finocchiaro e E. B. Ribeiro — Fístula pleural de origem tuberculosa. Boletim do Sanatório São Lucas 1:3,40; Setembro 39.

N. Javarone — Contribuição ao método químico-fisioerapico na infancia. Caderno de Pediatria. 4:22; 366; Outubro 39.



Fig. 1

buliforme na parte superior, com alguns centímetros de profundidade, recoberta por tecido de granulação. Por essa ferida, escorre diariamente grande quantidade de pus.

COMENTARIO

Acrescentamos que as radiografias (Fig. 2) revelam uma tbc. hilar dos dois lados e uma linfangite peribronquial com tendencia a invasão dos apices, quadro bem descrito por Constantini. Houve evidentemente por causa da calculose biliar, uma diminuição da resistencia do doente e uma reacção de antigos focos tbc., com aparecimento de uma paquipleurite D. e formação por contiguidade ou via linfohematogenica, de uma osteoperiostite costal com abscesso frio consecutivo.

Aplicamos o método quimiofisioterapico, ou Durante-Roentgen, ou de hipersensibilização aos raios X, isto é, injeção na cavidade

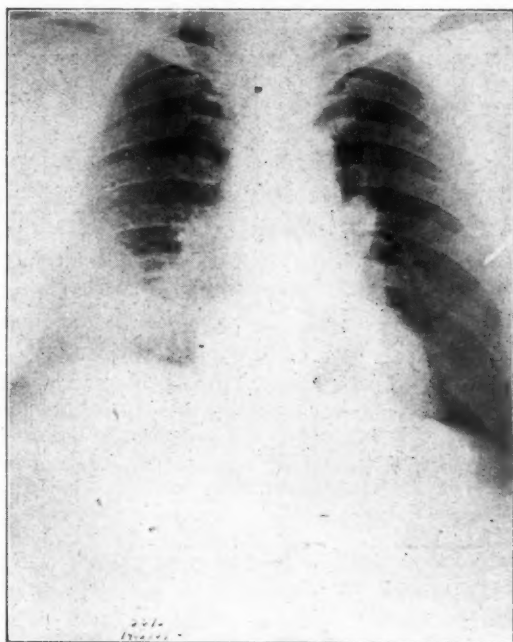


Fig. 2

e nos tecidos marginais de solução iodo-iodurada a 1 % de Durante (1 a 2 cc.) cada 2 ou 3 dias e aplicação imediatamente depois de raio X (10 R por vez). Nos intervalos, raios U. V. em dose eritema.

O doente permaneceu em tratamento perto de 3 meses, fazendo 30 aplicações do método (iodo-raios X).

Desde o inicio observamos diminuição da secreção purulenta e consecutiva cicatrização.

Acreditamos que as pequenas quantidades de iodo introduzidas no foco não podiam alcançar resultado, atuando como simples desinfetante (aliás o doente vinha sendo medicado ha muito tempo com gaze iodoformada).

As doses de Raios X, muito reduzidas, não poderiam ter o efeito desejado, pois é conhecido que em terapia antiflamatória (excluindo os casos agudos), empregam-se doses macissas.

Para nós, como já expusemos nos trabalhos anteriores, ha uma exaltação de efeitos: os raios X primarios, incidindo sobre o iodo, produzem entre os tecidos, raios secundarios de ação bactericida muito mais poderosa por serem raios mais moles do que os raios incidentes.

Endereço: Rua Vergueiro, 267.

LEUCOTROPIN

"SILBE"

COMBINA o efeito antiseptico da hexametilentetramina com aquele antiflogístico do ácido fenilquiloncarbonico.

ELIMINAM-SE os efeitos secundarios de cada uma dessas substancias.

QUALIDADES TERAPÊUTICAS: Leucotropin tem um efeito antinflamatório e antiseptico, mas principalmente age contra a dor. O desaparecimento da sensação dolorosa verifica-se logo depois da injeção.

INDICAÇÕES. Todas as formas agudas, sub-agudas e crônicas da inflamação:

Articulações: artrite e poliartrite reumática; artrite úrica e blenorragica, lumbago.

Mucosas: rinite, bronquite, laringite, amigdalite, conjuntivite, otite média.

Membranas serosas: pleurite, pericardite.

Pele: eczema agudo e crônico.

Ganglios linfáticos: linfagite e linfadenite.

Vasos: flebite.

Sistema nervoso: encefalite letárgica, herpes zooster, herpes corneae, neurite optica, nevralgias, ciática.

Vias biliares: colecistite.

Seios do crânio e da face: sinusite, mastoidite.

Aparelho pulmonar: pneumonia, broncopneumonia.

Aparelho genito-urinário: pielite, cistite, orquite.

CONTRA-INDICAÇÃO: Asma bronquial.

●
IMPORTADORES

REMEDIA

PAULINO AMBROGI & CIA. LTDA.

CAIXA POSTAL 3127 - SÃO PAULO

Complicações raras de abcesso pararectal *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Director do Sanatorio São Lucas.

Ao tomar a palavra com o fim de chamar a atenção dos collegas para certas complicações que podem occorrer nos casos de abcesso pararectal, desejamos, antes de entrar no assumpto, dizer as razões da nossa preferencia pela denominação escolhida para designar a collecção purulenta das cercanias do recto. Essa explicação parece-nos necessaria, porquanto tal designação não é usual em nosso meio nem consta dos livros classicos. Estes usam da palavra abcesso perirectal ou abcesso perianal. Perianal seria circumscrever demasiadamente o processo morbido, cabendo apenas a um numero limitado de casos; perirectal teria maior extensão, abrangendo por assim dizer a totalidade dos casos, pois o abcesso que tivesse nascimento nas immediações do orificio anal logo attingiria os limites do recto, passando a ser perirectal. Mas, na realidade, ambas as expressões são erradas: "peri" quer dizer "á volta de" e os abcessos, de regra, não circumscrevem todo o recto ou todo o orificio anal, mas se localizam ao lado dessas formações anatomicas. Assim, ao invés de se dizer "abcesso perirectal", é preferivel dizer-se "abcesso pararectal", lançando mão do prefixo grego "para", que, entre outras significações, tem essa de indicar "ao lado de". Aliás não é novidade a designação aqui defendida, porquanto ella já se acha consignada no Dicionario Terminológico de Ciencias Médicas, de León Cardenal, á pag. 763 da sua 2.^a edição (1926). O que é necessario é que seja diffundida.

Os abcessos pararectaes resolvem-se muita vez sem complicações, mas é apontada a tendencia para a evolução com formação de fistulas. Estas constituem, portanto, uma complicação frequente desses abcessos. Não é para ellas, porém, que desejamos chamar a atenção, mas para outras complicações mais raras é, por isso mesmo, capazes de mascarar o quadro clinico habitual e induzir á protelação do diagnostico ou capazes de trazer consequências tardias das mais graves. Em taes casos, emquanto que se torna menos monotono o quadro clinico, mais sombria se faz a evolução da molestia.

(*) Communicação á Sociedade dos Medicos da Beneficência Portuguesa em 23 de junho de 1934.

Vamos resumir, a seguir, duas observações de abcesso pararectal que se apresentaram clinicamente com características dignas de registro:

Observação I — A. M., de 22 annos, brasileira, solteira, residente nesta capital. Fomos chamado de urgência, á noite, porque se achava com retenção de urina e reclamava sondagem. De facto, encontrámo-la com a bexiga distendida e dolorosa. Uma anamnese minuciosa resultou negativa sobre possíveis causas da retenção, negando a doente qualquer outro soffrimento. Limitámo-nos a introduzir uma sonda e a provocar o exvasiamento lento da bexiga, aconselhando á paciente que recorresse ao seu medico para um tratamento que prevenisse a possibilidade de uma nova retenção. 24 horas mais tarde fomos de novo chamado, allegando-se que a doente ainda não tinha podido urinar. Examinando-a, notámos então um ligeiro endurecimento na região perineal anterior, havendo á palpação uma discreta reacção dolorosa. Após a sondagem, mandámos fazer applicações humidas sobre a zona inflammada. Mais 24 horas e novo chamado, porque a doente continuava com retenção. Pudemos verificar, então, que se formava um abcesso pararectal profundo, doloroso, não dando ainda, á palpação, a sensação de fluctuação. Insistimos com os curativos humidos e no dia seguinte deu-se a abertura do fóco purulento na empola rectal.

No presente caso, as condições personalissimas da doente é que foram causa da retenção urinaria e da difficuldade do seu diagnostico etiologico: tratando-se de u'a moça acanhada, receiosa de que a familia pudesse ver na sua symptomatologia algo de menos digno para si, procurou sem duvida esconder o seu soffrimento, sómente declinando a impossibilidade de exvasiar a bexiga; por outro lado, temerosa de uma intervenção cirurgica, ou por uma questão de pudicicia, evitou declarar a séde dos seus males, de maneira a só se fazer um diagnostico tardio.

Observação II — T. M., 43 annos, casada, branca, austriaca, residente nesta capital. Em principios de abril de 1934, começou a sentir dores no perineo, que foram augmentando, com propagação para o territorio do sciatico direito. Examinando-a a uma semana do inicio da molestia, notámos ligeira reacção dolorosa ao nivel da fossa ischio-rectal direita, não sendo isso, porém, o que mais a incomodava, pois o quadro clinico era dominado pelas dores que se irradiavam pelo membro inferior direito, com o qual não podia fazer movimentos, mantendo-o em ligeiro estado de flexão. Não havia edema e os pontos sciaticos estavam presentes. Ao palpar sobre a zona inflammada, notava-se um deslocamento hydroaereo, sentindo-se, profundamente, uma parede de consistencia papyracea, como que feita de pergaminho e que produzia um som especial. Levando a doente para o Sanatorio Santa Catharina, procedemos alli á intervenção indicada, sob narcose: abertura de um grande abcesso com desprendimento de gazes, em 14 de abril de 1934. Em poucos dias a doente se retirou para sua residencia, onde, a 23 de abril, durante a noite, sentiu uma dor violenta e repentina abaixo do seio direito, com propagação para a base do pulmão direito; a respiração se tornou penosa: offegante e curta; na mesma noite já escarrrou um pouco de sangue vivo sem catarrho, com pouca tosse, temperatura subfebril. A expectoração sanguinea perdurou cerca de 5 dias, para depois rarear, apparecendo menos viva, sempre sem catarrho. Tinha tosse mais ou menos intensa e o pulso se manteve entre 90 e 110 por minuto, enquanto a temperatura variava de 37 a 39° c. Havia estertores finos e massicez na base do pulmão direito. A 7 de maio

o sangue era diminuto e a tosse ainda persistia. No dia 8, ás 7 horas e 3/4, a doente levantou-se e foi ao banheiro, donde logo voltou com forte dor na base do pulmão direito, sentindo falta de ar, suando profusamente e apresentando grande inquietação. A's 8 horas, falleceu, antes que lhe chegasse qualquer recurso. Assistindo-a momentos depois, encontrámos o cadaver com espuma branca na bocca e com os braços e pescoço arroxeados. Na vespera, á noite, havíamos palpado com força no ponto ainda ligeiramente endurecido onde se formára o abcesso pararectal, verificando que a lesão estava em franca regressão.

Nesta observação, ha alguns pontos dignos de destaque. A presença de uma parede pergaminacea em correspondencia com um conteúdo pyoaeo é facto que já se tem assignalado, aconselhando Forgue uma intervenção immediata, porque a "clapotage" indica a existencia de gazes putridos, sendo necessario acompanhar o doente com muitos cuidados.

Quanto ás complicações, merecem ellas registo, porque não são usuaes, tanto mais que neste caso se accumularam e deram em resultado um exito lethal, justamente quando a doente estava apta para receber alta, vencidas que se achavam as primeiras superveniencias.

A compressão do nervo sciatico não é occurrencia encontrada. Ella se acha justificada pela grande quantidade de pús existente na fossa ischio-rectal.

A embolia pulmonar, que se processou no 10.º dia, revestiu-se da symptomatologia classica de uma pequena embolia, com o seu decurso favoravel. Mas eis que, passada uma quinzena, após uma palpação do fôco primitivo da infecção, nova embolia pulmonar sobrevem, desta vez violenta e rapidamente mortal.

As embolias pulmonares não são frequentes em nosso meio. Tivemos occasião de apenas observar dois casos em nosso serviço, ambos com evolução favoravel. Um delles ocorreu em uma doente obesa, portadora de volumosas varizes pelvicas, na qual fôra feita uma intervenção gynecologica. No dia seguinte ao em que se levantou do leito, sentiu forte dor no pulmão direito, com escarros hemoptoicos, que foram diminuindo até desapparecer no 20.º dia. O outro caso refere-se a um rapaz que soffrera fractura da rotula direita, reduzida mediante sutura metallica. Ao retirar o fio, houve hematoma, seguindo-se, dias depois, uma crise dolorosa aguda no hemithorax direito, com immediato apparecimento de escarros sanguineos; foi chamado de urgencia um clinico, que fez o diagnostico de pneumonia. Chamado em conferencia, discutimos longamente o dignostico, elle, turrão, a classificar o caso de "pneumonia a frigore" e nós baseado nos ensinamentos dos classicos, a procurar demonstrar que se tratava de um caso typico de embolia pulmonar. A evolução do caso mostrou que tínhamos razão: os escarros hemoptoicos demoraram 18 dias, num decurso completamente afebril.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris
Única distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
174, Rua General Câmara — Caixa 484 — Rio

AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

NA GRIPPE, PNEUMONIA, BRONCHITE AGUDA E CRONICA,
BEM COMO NAS COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS,

Cyclosol

E' EXCELLENTE MEDICAMENTO.

*

NA SYPHILIS NERVOSA, CUTANEA E VISCERAL

BINATRIUM (tartaro bismuthato de sodio)

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO,

E' INFALLIVEL E COMPLETAMENTE INDOLOR.

 *Instituto Bioterapico Brasileiro*

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

PARA AMOSTRAS:

Deposito em S. Paulo:

RUA JOSE BONIFACIO, 233 - 8.º and., salas 801 a 806 — Phone, 2-7955

GLYCOSORO

O melhor coptra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

 Laboratório
Gossio
de Janeiro

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA*

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE DEZEMBRO

Presidente : PROF. JAIRO RAMOS

AUTOMATISMO MENTAL, DE CLERAMBEAULT E PERTURBAÇÃO ENCEPHALICA — DR. E. AGUIAR WHITAKER — O A. em 1936, estudou um caso de automatismo mental de Clerambault com delírio de possessão externa, associada a syndroma hypophisodiencephalico, comprovado por provas funcionaes, exame clinico, exame pneumo-encephalographico. Marcos Victoria, e 1937, publica, outrosim, interessante observação, em que as mesmas ordens de symptomas são encontradas. O A., no precedente trabalho, apresenta outro caso semelhante aos dois já mencionados, em que phenomenos de automatismo mental de Clerambault acompanham-se tambem de disturbios hypophisodiencephalicos. Assignalam-se assim 3 observações tendentes a demonstrar o substractum e a localisação neurologica do referido syndromo, isto é, a confirmar a hypothese da provavel origem do automatismo mental de Clerambault em consequencia de lesões diencephalicas degenerativas ou irritativas.

ENVENAMENTO E MORTE PELA RICINA. ACÇÃO TOXICA DAS SEMENTES "RICINUS COMMUNIS" (MAMONA) — DR. LÍCINIO H. DUTRA — Tendo tido a oportunidade de observar um caso de envenenamento grave e morte pela ingestão de sementes de "Ricinus communis" o A., descreve pormenorizadamente o quadro clinico observado, chamando a attenção para a gravidade da intoxicação pela ricina, principio toxico encontrado naquellas sementes. Depois de fazer considerações sobre materia medica e chimica, estuda a toxicologia da ricina, descrevendo a symptomatologia e modo de acção do veneno, achados de autopsia, as lesões encontradas na experimentação e a sua therapeutica. Finalmente chega ás conclusões seguintes: a quantidade de ricina existente em 12 sementes de "ricinus communis" é considerada dose mortal para o homem adulto; no quadro clinico do envenenamento destaca-se a anuria total, observada logo após a ingestão do veneno: não se conhece an-

(*) As noticias referentes á Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

Nas convalescenças:

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO

tidoto especifico da ricina: os recursos therapeuticos actuaes não são sufficientes para evitar a morte, em caso de envenenamento pela ricina: suggere a necessidade de se retomarem os estudos de Erhlich e Stepanoff, sobre a immunisação de animaes e a obtenção de sôro anti-ricinico e, finalmente, lembra aos poderes publicos a necessidade de uma propaganda e educação sanitaria intensivas, principalmente na zona rural, no intuito de serem divulgadas as propriedades toxicas das sementes de "ricinus communis" (mamoneira).

SOBRE UM CASO DE POLYNEVRITE COM SOLUÇÃO ALBUMINO-CYTOLOGICA E EVOLUÇÃO FAVORAVEL —

DR. AYMORÉ S. COSTA — O A. apresenta a interessante comunicação tirando as seguintes conclusões: A syndrome de Guillain e Barré deve estar na dependencia de uma causa no mais das vezes infecciosa, apesar de todas as pesquisas até agora realizadas serem de resultados negativos, e muito provavelmente a virus, pelo seu inicio brusco e rapida difusão não podemos comtudo, diz o A., desprezar os casos de syndrome de Villain e Barré que têm como elemento etiologico um

factor toxico: sua symptomatologia se depreheende da lesão considerando-se que é attingido prevalentemente o 1.º neuronio sensitivo motor. Dão mais caracteristicos ao quadro clinico as syndromes sensitiva e motora devendo-se porém conhecer a existência da syndrome vaso motora atrophica e da syndrome psychica. No caso do A. houve prevalencia quasi absoluta da syndrome motora sendo a syndrome sensitiva bastante discreta e as outras inexistentes. O elemento trazido pelo resultado do exame do liquido cephalo rachidiano é de capital importancia para o diagnostico differencial apresentando elle dissociação albumino-cytologica. Não ha equivalencia entre a gravidade do quadro neurologico e o resultado de exame electrico. A areflexia e o augmento da taxa de albumina no liquor são duradouros, em nada prejudicando o paciente, a não ser quanto a futuros diagnosticos de clinicos menos avisados. Está o A. de accordo com Villain que diz ser possivel o diagnostico precoce, porém, não pode o A. affirmar que o caso terminará pela cura, pela possibilidade de lesão dos nervos respiratorios, que se bem que rara, pode perfeitamente succeder.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM
5 DE JULHO

CURSO DE DIETETICA DA SUPERINTENDENCIA DO ENSINO PROFISSIONAL DE S. PAULO —

DR. FRANCISCO POMPEO DO AMARAL — Considerou o A., no momento em que tanto preoccupa os governantes do paiz o problema da racionalização da alimentação popular, opportuno trazer ao conhecimento dos illustres collegas um emprehendimento que é, sem duvida, mais impor-

Presidente: DR. AYROSA GALVÃO

tante do que pode parecer á primeira vista. Referiu-se aos cursos de dietetica organizados e em pieno funcionamento na superintendencia do Ensino Profissional de S. Paulo. Considerando que muitos dos collegas hão de querer conhecer, certamente, com maiores detalhes, a razão de ser desses cursos, será interessante dar pormenores sobre o assumpto. No proposito de trazer esclare-

cimentos, o Autor trouxe graphicos folhetos especialmente preparados, collecções de photographias e um "film" que estampa aspectos colhidos por occasião da cerimonia inaugural do curso. Declara que a superintendencia do Ensino Profissional se vale da oportunidade para communicar por seu intermedio, que se sentiria extremamente honrada em receber a visita que os illustres membros da secção de Hygiene e Medicina Tropical da Associação Paulista de Medicina e outros medicos interessados quizessem, isolada ou conjunctamente, fazer aos cursos em funcionamento.

Commentarios: — Dr. Ayrosa Galvão : Agradeceu em nome da Secção a interessante communicação do dr. Amaral revelando o que está sendo feito em nosso Estado na importante questão da racionalização da alimentação popular não só na Capital como tambem no interior, onde ha maior necessidade de se orientar a alimentação publica.

DIAGNOSTICO RAPIDO DA DIPHTERIA PELO PROCESSO DE FOGER — DOUTORANDO

SYLVIO MARONE — Depois de passar em revista os varios processos de diagnostico da diphteria, desde o classico de Loeffler até os mais recentes, melhorados para a precisão, relatividade e electividade, o A. apresenta os resultados obtidos em 100 colheitas de material nos quaes utilizou o processo de Folger. Consta este processo em se embeber um chumaço em soro sanguineo, coagul-o e colher com o mesmo o material. Levar á estufa, a 37° durante 2-4-6 horas, durante os quaes se fazem esfregaços e exames. Suas observações foram praticadas em cotejo com o methodo de Loeffler que serviu de padrão.

Obteve com o processo de Folger o maximo de positividade após 2 horas de estufa (58%); ás 4 horas obteve 53% e ás 6 horas 47% emquanto com methodo de Loeffler obteve 69%. Conclue que

para maior garantia de diagnostico devem ser reduzidos o processo de Folger 2 horas 14 horas juntamente com o de Loeffler (do qual não se dispensa), podendo-se deixar de praticar o Folger 6 horas, que não deu nenhuma positividade quando os outros tempos davam negativos. Entretanto nenhum dos processos empregados é absoluto pois deixariam de ser computados muitos casos positivos si se praticasse sómente um dos processos.

Commentarios: — Dr. Borges Vieira : Foi testemunha da dedicação com que o A. se conduziu nesse trabalho, procurando com isso contribuir para uma solução mais rapida do diagnostico da diphteria. Affecção cujo diagnostico bacterioscopico é as vezes difficil, exige provas mais completas. O processo apresentado pelo A., embora antigo, é um grande coadjuvante do methodo de Loeffler, permittindo em poucas horas obter resultados positivos.

Dr. Ayrosa Galvão : Agradeceu ao A. a communicação tão interessante, que, como bem foi assignalado pelo dr. Borges Vieira, vem coadjuvar o methodo de Loeffler no diagnostico da diphteria.

MAIS UM CASO DE ALBINISMO EM SERPENTE — DR.

ALCIDES PRADO — Trata-se de um caso de albinismo em serpente, verificado num exemplar adulto de "Pseudoboa neuwiedii" (D. e B). Casos desta natureza não são muito frequentes a julgar pelas observações dos diversos pesquisadores. Offerece o presente registro um exemplo bastante curioso, pois o especimen apresenta-se quasi inteiramente branco; apenas a cabeça e nuca, além de duas manchas dorsaes, espaçadas, são pardo escuras. Nas formas normaes sua cabeça é em cima, quasi uniformemente pardo-pallida, apresentando, ás vezes, entradas esbranquiçadas, lateraes, sobre o dorso e cauda ventre; sempre branco-amarellado.

OBSERVAÇÕES SOBRE OS OPHIDIOS DA FAUNA AMAZONICA COM A DESCRIÇÃO DE UM NOVO GENERO E ESPECIE — DR. ALCIDES PRADO

— Contribuindo para o estudo dos ophidios da fauna amazonica, examinou um lote de serpentes, constante da relação seguinte: Boa hortulana hortulana (h) anilius seytal Helicops polylepis Guenther, heptophis abaelulla leismadophis paeiclogirus (Wied) siphlophis cervinus (haurencius) Aleidophis, gen., n., Alleidophis woeontozowi Imantodes cenehoa (H) heptodeira amulata Exybelis fulgifer (Daudin).

GENETICA EUGENIA E ESTERILIZAÇÕES — DR. MARTINUS PAWEL — Depois de dar um historico da legislação a respeito, o A. profila a falta de escala exacta para exprimir o valor pratico

da medida sobre uma população. Calcula um indice que lhe parece de facil applicação quando se souber exactamente o typo hereditario das molestias hereditarias. Cita por fim as molestias hereditarias humanas e conclue não termos ainda dados geneticos-estatisticos suficientes para discutir seriamente a introdução pratica de medidas eugenicis de fundo genetico. Seria de desejar que o interesse despertado pelo problema da esterilização se reflectisse num maior entranhamento na genetica humana, que, conseguido, nos permittiria a discussão da materia no campo pratico, com melhor base scientifica.

Commentarios : — DR. Ayrosa Galvão : Agradeceu a communicação do A., que embora versando sobre um assumpto tão especializado, logrou despertar interesse.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE JULHO

Presidente : DR. EDGARD PINTO CEZAR

EXPERIENCIAS COMPARATIVAS SOBRE O TRATAMENTO DA ESCHIZOPHRENIA PELA INSULINA E PELO CARDIAZOL. INVESTIGAÇÕES RELACIONADAS AOS MODERNOS METHODOS DE TRATAMENTO DA ESCHIZOPHRENIA — DR. FERNANDO O. BASTOS

— Nesse trabalho o dr. von Meduna fez relato minucioso e preciso dos estudos que desenvolveu, em collaboração com o dr. Béla Rohny, sobre a biochimica da insulina e da cardiozolo-therapia, afim de, baseado nestas pesquisas, procurar um rumo ainda mais effcaz para a therapeutica da eschizophrenia. Verificou que a convulsotherapia determina uma alteração do metabolismo hydrocarbonado, tal como succede no diabetes mellitus. Comparando os factos observados com os que se passam na insulino-therapia, pôde concluir que, quando se concebe a cardiozolo-therapia como therapeutica de

sobrecarga, devem ser consideradas as alterações diabetiformes manifestadas logo após a convulsão, não como um effeito immediato do Cardiazol, mas como uma reacção do organismo; analogamente o organismo intoxicado pela insulina se esforça por compensar a intoxicação, modificando igualmente o metabolismo no sentido do diabetes. Em seguida e tomando como ponto de partida estes resultados, o conferencista examina a hypothese de que o factor causal da eschizophrenia deverá estar ligado á insufficiencia de um órgão de acção antagonica á da secreção interna do pancreas, relativamente ao metabolismo hydrocarbonado. A este respeito, mostra que os órgãos de maior interesse são em 1.ª linha, a substancia cortical e a substancia medullar da suprarrenal, a thyreoide, a hypophyse e, em certo sentido, tambem o figado. Menciona os resultados dos seus trabalhos, visando es-

clarecer esta questão, terminando por considerar até certo ponto admissível que a causa fundamental da eschizophrenia resida num grão insufficiente da reacção de oxy-reducção. A insufficiencia desta reacção está ligada, quanto ao metabolismo dos hydratos de carbono, a uma funcção hepatica

anormal. O dr. von Meduna, ao termo de sua conferencia, foi vivamente applaudido pelas numerosas pessoas presentes, tendo o sr. presidente, mais uma vez, agradecido, em nome da Secção de Neuro-psychiatria, a sua honrosa visita e o seu excellente trabalho.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JULHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

ESTRUMITE AGUDA E GANGRENOSA. SUAS RELAÇÕES COM O CANAL THYREOGLOSSO — DR. EDUARDO ETZEL

— O A. descreveu um caso de gangrena gazosa do lobo esquerdo da thyreoide. A paciente tinha um hyperthyreoidismo antigo. Após uma curetagem em utero infectado, depois de aborto, começou a ter manifestações de inflamação da thyreoide. Operada, verificou-se que havia destruição total do lobo esquerdo com transformação do parenchyma glandular em uma pasta sangui-nolenta fétida e com gazes. A cultura demonstrou tratar-se de uma infecção mixta por aerobios e anaerobios. Trata-se de estrumite aguda gangrenosa com infecção por via hematogenica. A seguir o A. faz uma revisão da literatura ventilando a questão da infecção da thyreoide por intermedio do canal thyreo-glossos. Estuda o caso de Meeker e a embriologia da thyreoide, concluindo que o canal thyreo-glossos não pode ser considerado via de infecção da glandula. A via lymphatica como porta de entrada de germens deve ser afastada até uma melhor confirmação. A via hematogenica é que conduz os germens até a thyreoide.

Commentarios : — Dr. Eurico Branco Ribeiro : Lembrou ao A. a proposito da sua observação, o trabalho do dr. Eduardo Cotrim, apresentado em primeira mão na nossa Secção, a respeito da radiographia da thyreoide.

Embora o A. não a tenha praticado, nem por isso desmerece o valor da sua interessantissima communicação.

DA ANESTHESIA EM PROCTOLOGIA — DR. RAUL RIBEIRO DA SILVA. — O A. fez um apanhado do assumpto, salientando as suas preferencias.

SYNTONIZAÇÃO CIRURGICA — PROF. MARIO OTTOBRINI COSTA — O A. do methodo considera a cirurgia syntonizada, como sendo a cirurgia analytica so-letrada, a cirurgia decomposta em seus minimos detalhes. Ella corrige methodiza, systematiza e coordena os movimentos elementares. Realiza-se a syntonização decompondo os movimentos elementares, analysando-os, contando-os mentalmente ou em voz alta, fixando o tempo para a sua realização, impedindo o desperdicio do tempo com movimentos inuteis. Como vantagens do methodo, afirma que as intervenções são ultimadas em tempo menor, apesar da apparente morosidade e a execução technica é mais harmoniosa. Como finalidade completa os ensinamentos da technica operatoria que ensina a manutenção dos instrumentos, isto é a estatica, pelo ensino correcto da dinamica desses mesmos instrumentos.

Commentarios : — Dr. Eurico B. Ribeiro : Agradeceu o interessante trabalho e no congresso de cirurgia do Rio de Janeiro, o A., defendendo a mesma these, irá por certo obter mais um dos seus costumeiros successos.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JULHO

DYSOSTOSIS MULTIPLEX

— DR. JOÃO F. BARRETTO — O A. apresentou um caso dos mais típicos, encontrados na literatura. Pensa ser o primeiro descrito no Brasil e o quarto no mundo, segundo Puthmam, Pelkan e Marion. Com o título de "Disostosis Multiplex", encontrou apenas 3 casos na bibliographia que procurou. A opacidade das corneas, a limitação dos movimentos, os dedos semi-fechados, as mãos rechunchudas, os pés deformados, os hombros cahidos e voltados para a frente, o ventre volumoso (hernia umbilical operada), o thorax curto, os pés deformados, discreta scoliose, e moderada lordose, as clavículas curtas e curvas, a história familiar negativa, o atraso mental, os signaes radiológicos muito característicos permitem a inclusão do caso do A. no grupo das dysostosis multiplex. O caso do A. estava fartamente documentado.

PERTURBAÇÕES VASO-MOTORAS DAS EXTREMIDADES SYNDROME DE CROQ-CASSIER

(Nota prévia) — DR. J. GOMES DE MATTOS — O A. apresentou uma doente de 9 annos que, desde 8 mezes de idade, tem um syndrome vaso-motor das extremidades caracterizado por cyanose moderada, indolor, baixa de temperatura, sudorese, permanentes e inalterados. Classificou o caso como syndrome de Croq-Cassier e pediu o adiamento da discussão do caso.

Commentarios: — A pedido do A. o trabalho é apresentado como nota prévia, tendo sómente aproveitado para apresentar a paciente, não comportando discussão no momento, o que será feito opportunamente quando for completado.

VEGETAÇÕES ADENOIDES E ADENOIDISMO

— DR. FABIO BELFORT DE MATTOS — O A. fez considerações sobre nomen-

Presidente: DR. VICENTE FERRÃO

clatura, frequencia das vegetações, detendo-se especialmente nos diversos factores etiologicos e principalmente na symptomatologia. Abordou a questão das perturbações respiratorias esqueléticas, mentaes, auditivas, etc.

Deteve-se na questão do diagnostico e no diagnostico differencial. No que se refere á therapeutica distingue a do adenoidismo e das vegetações adnoides. Falou sobre as indicações e contraindicações, sobre o preparo do doente, sobre o tratamento medicamentoso e cirurgico.

Commentarios: — DR. ESPIRITO SANTO: Felicitou o sr. presidente por ter proporcionado á Secção, uma exposição que, embora resumida pelo proprio A., constituiu um verdadeiro "mise au point" sobre a materia. Felicitou o A. pelo interessantissimo trabalho, aguardando a publicação do mesmo, que servirá para nos recordar a materia em apreço, estudada em varias etapas. Pediu dois esclarecimentos ao A.: um em relação ao pre-operatorio e outro em relação ás indicações e vantagens do tratamento iodado. Na questão do pré-operatorio não tanto, em relação ao calcio mas em relação á vitamina C, e si esta tem alguma influencia na questão da coagulação; em relação á administração do iodo, si este tem realmente um effeito benefico no sentido da regressão da inflammiação do tecido lymphoide.

DR. JORGE QUEIROZ DE MORAES: Felicitou o A., perguntando qual a idade preferida para a intervenção.

DR. VICENTE LARA: Em relação á asthma a opinião dos autores diverge muito. Os inglezes differenciam a asthma pura da bronchite asthmiforme, e parece que a intervenção beneficia apenas a bronchite asthmatica, ao passo que não beneficia a forma pura. Muito importante é a questão

da reeducação necessaria que é preciso fazer, indicando-se a gymnastica post-operatoria como necessidade imperiosa. A educação visa fazer a criança respirar pelo nariz. Pela pressa com que o A. leu o seu esplendido trabalho, talvez deixou de alludir á tão importante questão. Quanto á idade da intervenção parece que quando feita aos 5 annos as adenoides não se reproduzem.

O dr. J. Figueiredo Barreto referiu que no Educandario, foram operados cerca de 115 meninos e praticados antes e depois os tempos de coagulação. Como coagulantes foram ministrados aos meninos, coaguleno, thromboцитina e calcio. A impressão que tive depois das observações é que o estado hygroscopico do ar tem influencia grande, pois os coagulantes variaram nos diversos grupos de meninos. O coaguleno que deu os melhores resultados, variou conforme o estado hygroscopico do ar.

Dr. Vicente Ferrão : O trabalho do A. despertou em nós tal interesse que não lhe é possível deixar de fazer alguns commentarios, sobre a pathologia dos adenoides que é aquella que traz um contingente maior da idade pré-escolar e escola ao consultorio do pediatra pela extensão da symptomatologia. Interessante é a relação entre as adenoides a secreção interna demonstrada pelos pathologistas italianos e entre nós por Annes Dias, descrevendo um syndrome hypo-suprarenalismo nos adenoides. São crianças asthenicas com vomitos renitentes que se assemelham aos vomitos acetonemicos. A essas crianças temos administrado o extracto cortical com resultados vantajosos. Com relação á dentição, dys-trophia do maxillar, implantação viciosa dos dentes assim como a carie dentaria diz que dá grande importancia ás adenoides. Não tem ouvido referencias sobre a idade minima da operação e sim sobre a idade maxima e Nicolle num recente trabalho indica como limite maximo o inicio da 2.ª

dentição, quando então os maxillares estão consolidados. Um facto interessante sobre a therapeutica é o emprego das aguas sulfatadas de muito pouco uso entre nós. Tem utilizado com bom resultado o emprego da agua da fonte de Sinhazinha, tomada na fonte, em Poços de Caldas. Na therapeutica commum tem-se utilizado preparados á base de iodo e enxofre. Ao terminar as considerações felicitou o autor por ter trazido á Secção um magnifico apanhado da pathologia das adenoides.

Dr. Fabio B. Mattos : Em relação ao calcio parece estar demonstrado hoje que não tem mais a pretendida influencia sobre a discrasia sanguinea. Sobre o papel da vitamina C não tem muita experiencia e quanto ao iodo não tem tambem experiencia, pois é apenas cirurgião e quando recebe os doentes já passaram pela mão dos pediatras. Em relação á humidade do ar, o facto lembrado pelo dr. Barretto deve ser levado em consideração, si bem que não o tenha observado. Quanto á questão da idade, devemos nos recordar que os AA. estão mais ou menos accordes de que o adenoidismo no recém-nascido corre por conta do heredosyphilis e nestes casos devemos protellar a intervenção e são as proprias mães que assim o fazem, adiando quanto mais podem. Quanto ao limite da idade não existe e tem operado moços de 20 annos, e AA. ha que têm operado casos de 60 annos. No tocante á reeducação assignalou em seu trabalho a importante medida e apenas não entrou em maiores detalhes a seu respeito, devido á pressa com que apresentou o trabalho. Quanto á explicação complementar do dr. Vicente Ferrão só tem a agradecer.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ACIDEZ DO LEITELHO — DR. PAIVA RAMOS — O A. estudando o problema da acidez do leite, acha e entende que as oscillações da acidez do mesmo, não sendo muito pronunciadas nem continuas, não fazem mal algum á

saude da criança ou por melhor dizer, não repercutem desfavoravelmente no intestino. Para provar o que affirma, juntou 5 crianças da mais tenra idade, submetteu-as á mais rigorosa observação durante um mez, alimentando-as com leiteiro com teor acido variavel: ora acima do padrão normal ora abaixo e durante esse tempo não observou disturbio gastrintestinal algum; sómente uma apresentou fezes dyspepticas mas attribue, possivelmente á apresentação grosseira do leiteiro ou a qualquer causa parenteral mas nunca ao teor acido acima ou abaixo do padrão. Finalmente o A. fez sentir que não se sentia satisfeito com as suas provas, mas affirmou que procuraria com o tempo observar melhor o assumpto.

Commentarios: — Dr. Gomes de Mattos: Perguntou ao autor si as perturbações apresentadas por um dos doentinhos coincidiram com a criação da acidez do

leiteiro. Indagou ainda si os leiteiros em pó apresentam oscillações na sua acidez.

Dr. Paiva Ramos: Observando e confrontando os graphicos, disse que, de facto, houve variação para 3,2 na acidez. Diz que tambem os leiteiros em pó apresentam variações na sua acidez, o que não destroe o valor do producto. Acha que as pequenas oscillações não são prejudiciaes. O leiteiro que preconisa tem de 0,5 a 1,5% de gordura, diminuindo no verão e aumentando sempre no inverno. O laboratorio tem um cuidado excessivo na precipitação da caseína, constituindo isso o segredo do leiteiro.

Dr. Vicente Ferrão: Folga por ter prorogado a reunião, para ouvir-se o autor sobre um assumpto que conhece profundamente. Disse que aquelles que foram do tempo em que o leiteiro era uma curiosidade, realmente sabem o valor que elle tem como recurso dietetico.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE JULHO

Presidente: DR. ERNESTO MOREIRA

SOBRE UM CASO DE LEISHMANIOSE MUCOSA FORMA NASAL CURADO PELOS RAIOS DE BUCKY — Dr. G. Couto Esher — O A. tendo sido procurado por um doente que apresentava uma lesão muito avançada de leishmaniose mucosa, com destruição quasi total do septo mediano e de toda a mucosa do nariz, propoz experimentar uma therapeutica ainda não usada nessa molestia, utilizando-se dos raios de Bucky (raios limite, raios de Grenz, raios W ou X extra-molles). O doente apresentava uma lesão, datando já de 20 annos e resistente a todos os tratamentos. O A. obteve a cura por meio dos raios de Bucky, no espaço de 3 mezes. A cavidade nasal, hoje, acha-se inteiramente epithelizada, tendo os exames do laboratorio confirmado a cura clinica.

DOIS CASOS DE MASTOIDITE ATYPICA — Dr. ERNESTO MOREIRA — O A. salientou o valor da radiographia nos 2 casos apresentados, pois que só pelos exames clinicos não se justifica uma intervenção. O A. resaltou a particularidade de encontrar as lesões como fielmente accusaram as radiographias. Salientou ainda a rapidez com que os dois doentes se curaram, com cicatriz fechada no curto espaço de 12 dias.

Commentarios: — Dr. Homero Cordeiro: Nos dois interessantes casos apresentados, deseja collaborar com o sr. presidente, lembrando que, quando foi do symposium sobre as mastoidites, relatou que as feridas operatorias podiam fechar entre 10 e 12 dias. Para alguns collegas pareceu exag-

gero, entretanto, esses 2 casos vieram confirmar aquillo que vem observando ha alguns annos. Talvez seja devido ao uso do dreno de borracha que permite a cicatrização mais rapida, o mesmo não se dando com a gaze iodoformada que talvez impeça a granulação mais perfeita.

Dr. Rezende Barbosa : Os 2 casos apresentados vieram mostrar o valor do exame radiographico, quando elle é bem conduzido e bem trabalhado. Entre nós o dr. Paulo de Toledo tem sido um dos pioneiros nessa questão, principalmente das radiographias bilateraes comparativas. Das posições para o estudo da estrutura mastoidea a melhor, incontestavelmente, é a de Schueller; não quer com isso dizer que o exame radiographico por si só impo-nha se para a indicação operatoria nos dois casos do A., entretanto, valeram como verdadeiras photographias da lesão.

SIGNAL DE DELOBEL NA TRANSILLUMINAÇÃO DO SEIO MAXILLAR

— DR. PAULO SAES — O A. faz resaltar a importancia que pode ter a pequena manobra de Delobel, na transilluminação do seio maxillar: ella consiste em uma tracção para baixo da pelle da palpebra inferior, fazendo ver a sua face conjunctival. Em numerosos typos de observação mostra o seu valor como auxilio para diagnostico pelo que aconselha seja sempre praticado.

Commentarios : — Dr. Rezende Barbosa : O A., em seu magnifico estudo, deu o devido valor aos signaes que nos utilizamos para o diagnostico clinico da sinusite, assim como o valor que tem a transilluminação pelo serviço que nos presta no consultorio. Innumeros são os signaes, obtidos pela transilluminação, de que lançam mãos os especialistas afim de determinar a existencia ou não de substancia opaca dentro dos antros. O A., mesmo, acaba de trazer á apreciação dos collegas um signal para nós desconhecido,

o de Delobel, baseado na maior ou menor luminosidade do fundo de sacco conjunctival. Entretanto, a transilluminação depende de innumeros factores, variaveis, taes como a acuidade visual do examinador, bem como com a maior ou menor quantidade de liquido dentro do antro e, ainda mais, com sua qualidade. Comtudo, parece-nos que a ultima palavra sobre transilluminação está por ser dada e não tardará, pois os estudos de Lymann Richards, de Boston, nos fazem esperar por tal. Este A. norte-americano idealizou um apparelho que proporciona a verdadeira transillumimetria dos antros da face. Em summa o mesmo consta de: uma fonte luminosa applicada ao soalho da orbita ou seu bordo externo e uma camara photographica electrica applicada ao palato duro, sendo que esta ultima se encontra ligada a um ampliador e photometro que registrará a minima diminuição de luminosidade do antro maxillar. A existencia de uma minima quantidade de liquido no antro será diagnosticada. Parece pois que estamos em vespuras de uma transformação da transilluminação, entretanto, esse apparelho não foi lançado no commercio, encontrando-se, ainda, em estudos.

Dr. Ernesto Moreira : Pergunta ao A. si os methodos expostos, podem ser applicados em qualquer idade.

Dr. Paulo Saes : Respondeu dizendo que, em geral, são mais indicaveis para a idade adulta.

A PARTE TERMINAL DO DUCTUS PAROTIDICUS NO HOMEM (Pesquisas morpho-histologicas) — DR. HUMBERTO CERUTI

— Do conjunto das nossas pesquisas resultam as seguintes conclusões: A mucosa geniana, que limita o óstio de terminação do ducto parotídico, no homem, toma diferentes aspectos: ou é "plana", ou "plana com orla" periostial, ou é saliente em "crista," em "papilas simples" ou "em papila com barbeta".

A frequência geral encontrada foi a seguinte: nos vivos: mucosa plana: 14,17%; mucosa plana com orla: 1,67%; crista: 5,42%; papila simples: 41,67%; papila com barbela: 37,08%. Nos cadáveres: mucosa plana: 19,57%; mucosa plana com orla: 13,04%; crista: 22,83%; papila simples: 33,70%; papila com barbela: 10,87%. Assim, pois, é mais frequente a abertura do "ductus parotidicus" num relêvo da mucosa geniana, em forma de papila simples ou com barbela (papilla salivaria buccalis) ou em crista, do que sobre uma mucosa plana com ou sem orla.

A forma do óstio é variável: desde um orifício puntiforme, até uma fenda. Esta última pode ser larga, estreita, horizontal, oblíqua, em acento circunflexo ou cortada em bisel e longa de mms. 1-2,5.

A análise dos resultados relativos á distribuição dos tipos de mucosa, comparativamente, nos brancos e negros vivos, mostrou que se não pôde afirmar, categoricamente, haja diferença significativa nas frequências encontradas. Nos cadáveres esta análise não foi feita dado o numero insuficiente de individuos pertencentes a estes dois grups étnicos.

Relativamente á distribuição dos tipos de mucosa nos dois sexos, o seu estudo estatístico demonstrou não haver diferenças que possam ser, categoricamente, afirmadas como significativas.

Na generalidade dos casos, o óstio parotidico encontra-se na altura do 2.º molar superior; a situação entre o 1.º e 2.º molares parece mais frequente nos negros examinados.

Não interdependem a forma do óstio e o tipo de mucosa peristial; ha predominancia de simetria na conformação da mucosa que circunscreve o óstio do ducto parotidico.

O epitélío da parte terminal do ducto parotidico é do tipo prismático biestratificado; os pla-

nos dos nucleos não se dispõem na mesma linha vertical.

É constante a presença de células caliciformes no segmento do ducto estudado, de preferencia numerosas nas proximidades do óstio.

A passagem do epitélío prismático biestratificado do ducto para o pavimentoso estratificado da mucosa geniana, ao nível do óstio parotidico, faz-se, na generalidade dos casos, bruscamente ou gradativamente; mais raro, entre as duas formas de epitélío ha um trato intermediario, prismático pluri-estratificado.

O limite de transição entre os dois tipos de epitélío de revestimento nos diversos casos é representado por uma linha circular perpendicular ou oblíqua ao longo do eixo do ducto.

O epitélío da parte estudada do ducto repousa sobre uma membrana basilar típica, formada por fibras de reticulina, paralelas e cerradas, em arcos, dispostos, perpendicularmente ao maior eixo do ducto.

A mucosa geniana periostial apresenta-se tanto mais reduzida em suas papilas dérmicas e em suas camadas epiteliaes, quanto maior o relevo que circunscreve o óstio.

Quando o relevo é dos tipos em crista ou papilar, simples ou com barbela, observa-se no córion periostial um plexo vascular que contribue para a formação da saliência ou mesmo a determina.

Ha uma relação direta e constante entre a maior ou menor riqueza vascular da tunica própria da parte terminal do ducto e os diversos tipos de mucosa geniana periostial, em relêvo mais ou menos alto, isto é, com crista e papila simples e com barbela.

A tunica propria do segmento terminal do ducto é formada por dois planos: um interno, constituido de fasciuculos colágenos com arranjo preponderantemente circular e outro externo com feixes mais densos e entrelaçados.

Na parte interna da tunica própria e muito próximo á membrana basilar do epitélío, nota-se

uma lamina elastica caracteristica, formada de fibras circulares, grossas, muito cerradas; as fibras mais externas dispõem-se essencialmente paralelas em relação ao maior eixo do ducto.

Na camada interna da tunica propria ha apreciavel riqueza em tecido reticular, em cujo seio se nota, constantemente, um manguito de celulas conjuntivas com polimorfo-nucleares neutrófilos em numero discreto; é constante, embora em gráu variavel, a migração destes neutrófilos no seio do epitelio, onde podem mesmo formar tecas.

Entre os elementos celulares conetivos predominam os linfócitos, que, não raro, formam nódulos linfóides, individuados juxta-epiteliais.

O pregueado longitudinal da mucosa, na parte transbucinatória, é frequente, mas não constante.

Não foi encontrada musculatura lisa na tunica propria do segmento terminal do ducto. A presença de fibras musculares estriadas não é constante; quando existem, não se dispõem em aparelho esfinteriano.

Commentarios: — Dr. Mangabeira Albernaz: Ouviu com muita attenção o trabalho do A., tocando em alguns pontos que têm grande interesse para os especialistas. Não porque a parotida esteja incluída em nossa especialidade, mas porque em verdade temos que lidar com doenças decorrentes da parotida.

Ha annos atraz, si não se engana, em 1933, apresentou a esta Secção um estudo sobre a radiographia da parotida e apresentou 10 sialographias, constituindo esse trabalho o 1.º estudo entre nós sobre o assumpto. Em 1927 teve idéa de encher o canal de Stenon com substancia opaca e fazer a radiographia para o estudo da divisão dos canaes intra-parotídeos. Só mais tarde veio a saber que isso foi realizado por um A. argentino pela 1.ª vez. Nessa occasião, dos 8 ou 10 trabalhos publicados no mundo sobre o assumpto, o seu era o unico que

abordava a parotidite suppurada de repetição. Em seus estudos encontrou sempre, difficuldade em localizar o ostio, ás vezes escondido sob uma dobra da mucosa, outras protegido por um operculo, ás vezes se abrindo na franja ou no bordo, mesmo com sonda bo-toada foi difficil localizar o ostio para uma injeção de lipiodol. Recorreu varias vezes ao methodo da compressão da glandula, assim como empregou o violeta de gen-ciana para verificar de onde surgia a saliva. Um outro facto interessante é quando se pratica a anesthesia, verifica-se que a escliva sae ás vezes em forma de gota, lançada em esguicho contra a lingua e a sua impressão é que esse facto corre sempre por conta de um mechanismo reflexo através do nervo auriculo-temporal. Essa hypothese, embora seductora, parece que é corroborada pelos estudos do A., uma vez que elle affirma não existir nos canaes um aparelho esphincteriano. Deseja, por ultimo, lembrar que o trabalho vem escudado pelo nome do prof. Bovero, que merece de todos os collegas a mais profunda veneração.

Dr. Humberto Cerruti: Agradeceu as considerações feitas pelo collega. Em relação á sialographia deve dizer que foi mencionada apenas accidentalmente em seu trabalho mais de anatomia e histologia. Foi citada pelo facto de prestar-se para a localização do ostio e si ha alguns annos o que se conhecia sobre sialographia era defficiente, hoje a literatura da mesma é vasta, o que lhe tornou impossivel a consulta conveniente sobre o assumpto.

Agradeceu as referencias que fez ao prof. Bovero, tomando a liberdade de o fazer em nome do Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina.

A SYPHILIS COMO CAUSA ADJUVANTE DE OSTEOMYELITIS APÓS OPERAÇÃO RADICAL DO SEIO MAXILLAR
— DR. FRIEDRICH MUELER —
Esta questão carece de uma so-

lução definitiva. O que nos levou a tratar deste assumpto foi o facto de termos attendido um individuo syphilitico, o qual, após uma operação radical do seio maxillar, foi atacado de osteomyelite dos ossos do craneo e cujo exito lethal não conseguimos impedir com a intervenção que procedemos; mais tarde encontramos na literatura registrado um caso analogo e esta circumstancia suscitou nosso especial interesse.

A existencia da osteomyelite primaria á geralmente admittida, embora a maioria dos casos em que o processo é considerado primario, são osteomyelites secundárias. Os conhecimentos modernos sobre a infecção focal facilitam a comprehensão deste ponto. Da mesma maneira a possibilidade de uma osteomyelite post-operatoria não é posta em duvida. Frequentemente dá-se o caso de bacterias circularem no meio interno e se localizarem no osso, por um motivo qualquer, notadamente depois de um traumatismo. O prognostico das infecções dos ossos craneanos é geralmente mau. Segundo Gerber, de 29 casos, por elle referidos, 20 tiveram exito lethal. As formas protraidas dão um prognostico mais favoravel que as agudas. Nestas ultimas, ás quaes pertence o caso por nós observado, o processo se alastra por continuidade a através as veias de Bresquet. As suturas osseas não constituem um obstaculo á sua transmissão. Estas veias correm entre as duas taboas dos ossos chatos do craneo e communicam tanto com as veias sub-cutaneas como com as da dura-mater. Facultam assim a formação de abscessos subcutaneos, subperiosticos e extraduraes. Os processos osteomyeliticos primarios dos ossos craneanos podem comprometter os seios da face; o inverso é entretanto mais frequente. Segundo Burger, são numerosos os casos, em que so brevem phenomenos osteomyeliticos após intervenção nos seios da face, principalmente sobre os seios frontaes. Em todos esses

doentes, ao ressecar o tecido osseo alterado, observou aquelle autor goticulas de pús na superficie de secção da diploe. De maneira analoga, descreveu van Eicken, sessão de 31/11/34, na Sociedade Berlinense de Oto-rhino-laryngologia, um caso de osteomyelite do craneo, em que, ao se ressecar a parede anterior do seio frontal, appareceram gotas de pús que coavam das cellulas medulares abertas. Como agente etiológico encontra-se communmente o estaphylococo hemolytico.

O mesmo se deu no caso que nos foi dado observar. Tratava-se de um homem de 37 annos, que fôra operado em abril, radicalmente, de uma sinusite maxillar direita. Seguiu-se um post-operatorio inicialmente normal. No decorrer da segunda semana desenvolveu-se um entumescimento pastoso acima do seio frontal direito, acompanhado de hyperthermia progressiva. Nós vimos o paciente pela primeira vez em 29 de abril; em 2 de maio abrimos um abcesso subperiostico da parede do seio frontal direito; como houvesse secreção purulenta endonasal, ressecamos a parede anterior. No seio havia igualmente regular quantidade de pús. Estabelecemos então uma comunicação ampla entre a cavidade do seio frontal e a nasal. Em consequencia a estas intervenções cahiu a temperatura e o doente passou a sentir-se melhor. Na diploe da parede anterior do seio aberto, havia gotas de pús. Indagamos sobre a possibilidade de o paciente soffrer de syphilis, recebendo uma resposta affirmativa. A reacção de Wassermann, feita anteriormente, fôra positiva. Em vista disso instituímos immediatamente um rigoroso tratamento anti-luetico, prohibimos ao paciente o fumo e estabelecemos uma alimentação rica em vitaminas, pois tratava-se de um homem muito corpulento, provavelmente devido a uma alimentação inconveniente.

Desenvolveu-se então um abscesso na altura do limite anterior do

couro cabelludo, o que parece ser característico nestes casos; em seguida appareceu outro abcesso na região parietal direita, seguido de terceiro, na região occipital. Todos estes abcessos foram incisados e tratados devidamente, com grande perda de sangue. Em 6 de junho o doente succumbiu a uma septicemia generalizada. O facto de o doente em questão levar uma vida pouco hygienica, ter uma constituição desfavoravel, receber uma alimentação inconveniente e soffrer, por cima, de um processo activo luetico tornam o exito lethal comprehensivel. Mesmo não havendo syphilis, o prognostico de tal processo é sempre reservado.

Tomamos ainda a liberdade de referir rapidamente o caso que foi apresentado na sessão de 6/12/36, na Sociedade de Medicos Otorrhino-laryngologos da Saxonia e Turingia e cuja leitura nos deu a suggestão de relatar aqui a nossa propria observação, que data de 1935. Aquella comunicação é de Haubrich-Dresde, e leva o titulo: "Caldwell-Luc-Osteomyelitis-Srinhirnszess". Em um homem de 39 annos, que fôra operado radicalmente de sinusite maxillar bilateral, appareceu, 15 dias depois da intervenção, em que só se encontrára mucosa polyposa, um entumescimento dolorido da face esquerda. O abcesso foi aberto, mas a infecção propagou-se á arcada zigomática e á orbita. Abriu-se e drenou-se a fosse pterigo-palatina. Depois de 8 semanas sobreveiu um grave syndrome cerebral, aphasia sensorial e motora e paraphasia. Haubrich julgava tratar-se de um abcesso do lobo frontal; como o paciente passara dois annos antes por uma malariotherapia e apresentava todas as reacções proprias da paralysis geral positivas, um psychiatra procurou relacionar todos estes dados com a paralysis. Não obstante os medicos se decidiram a intervir e retiraram uns 20 cem. de pús do lobo frontal; o processo, porém, progrediu nos ossos chatos do craneo. Foi aberto ainda um

grande abcesso extradural e o paciente falleceu.

Na discussão foi apresentada a possibilidade de a Lues fornecer um terreno favoravel para a installação de processos osteomyeliticos post-operatorios. Haubrich concordou em que os dois ultimos casos de osteomyelite post-operatoria de sua clinica, consequentes a intervenções sobre os seios maxillares, tinham Wassermann positivo. Prof. Belinoff (Sophia) communicou pessoalmente áquelle collega que elle observara taes complicações osteomyeliticas em individuos syphiliticos com bastante frequencia nos Balcanes. Mas de resto, a discussão não esclareceu satisfactoriamente a questão da importancia do terreno luetico nas complicações osteomyeliticas post-operatorias.

Quanto ao nosso caso, foi o unico que tivemos occasião de tratar durante a nossa vida profissional. Devemos admittir, que a osteomyelite fosse causada pela abertura inevitavel da diploe ossea, por occasião da intervenção sobre o maxillar, mas não podemos julgar da possibilidade de a syphilis activa do paciente ter preponderantemente complicação fatal. Devemos concordar que a lues torna mais sombrio o prognostico, mas, a julgar pela raridade desta complicação, é de suppor que a influencia della não seja tão importante. O numero de intervenções deste typo, que se realizam no mundo todo em individuos syphiliticos, isto é, que têm Wassermann positivo, deve ser avultado e a complicação em questão é tão rara que difficilmente se poderá estabelecer uma relação.

Não obstante julgamos recommendavel pesquisar uma syphilis activa nos doentes antes de intervir sobre os seios da face, ou proceder uma operação radical do ouvido. Visamos ainda com esta pequena contribuição, ouvir dos prezados collegas, quaes as observações e experiencias que possuem quanto á influencia da syphilis

sobre o desenvolvimento de uma osteomyelite post-operatoria”.

Commentarios : — Dr. F. Hartung : O assumpto abordado pelo A. é dos que tem fornecido mais material para a literatura contemporanea. Tem a impressão entretanto que nos Estados Unidos tem havido mais interesse scientifico, no sentido de resolverem o problema e com grandes esperanças de melhorarem o prognostico dessa molestia tão insidiosa. No anno passado teve occasião de levar ao Rio de Janeiro um caso de osteomyelite do craneo, bem documentado, tendo o doente os symptomas que o dr. Mueller acaba de descrever para o seu caso. Recordou que esse doente, operado ha 2 annos, encontra-se no prazo regulamentar proposto por Furstenberg, abaixo do qual não se pode dar nenhum caso como curado. Deve lembrar ainda que recebeu esse doente em estado de coma e septicemico. Citou o nome de Furstenberg porque é o nome mais em evidencia na literatura americana europea. Num dos seus commentarios de critica, balanceando o valor da cirurgia nos casos de osteomyelite, chegou á conclusão de que a lei do tudo ou nada deve prevalecer, isto é, ou uma cirurgia ousada ou então deixar doente entregue á sua propria

sorte e á defesa do organismo. Em esse seu doente, quasi em coma, limitou-se á resecção do corneto medio. Houve escoamento de pús. O tratamento foi coadjuvado com sulfanilamida. Com respeito á syphilis, tem a impressão, atravez a literatura que a sua importância é puramente accidental.

Ha uma certa tendencia em acreditar-se que a osteomyelite post-operatoria é mais frequente nas operações externas do frontal do que nas internas. Portmann conseguiu entretanto demonstrar que a osteomyelite tanto surge numa como noutra intervenção, estando mais em relação com a virulencia do germen e condições de defesa do organismo. De qualquer modo a contribuição do A. merece todos os nossos applausos.

Dr. Gabriel Porto : Referiu que em seu serviço em Campinas, com uma estatística de 543 operações de sinusite em um só caso de operação do seio maxillar, observou-se uma osteomyelite com evolução para a morte.

As osteomyelites consequentes a operações do seio frontal parece que são de prognostico mais grave do que as osteomyelites de causa geral infecciosa. Com respeito á syphilis é possível que ella contribua para as complicações post-operatorias.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO

O PHONOCARDIOGRAMMA NA PRATICA — DR. J. BARBOSA CORREIA — O A. mostra os resultados que tem obtido com o phonocardiographo de Weber combinado com o electrocardiographo portatil Siemens, projectando traçados normaes e pathologicos. Considerou de valor pratico o phonocardiogramma, que localiza muito bem os phenomenos acusticos na revolução cardiaca.

A THYROXINA NA OBESIDADE — DR. RENÉ BARRETO FILHO. — O A. fez um apanha-

Presidente : DR. TACITO SILVEIRA

do do assumpto e relatou os resultados que vem colhendo na sua clinica.

A CURA DA MENINGITE PNEUMOCOCCICA — DRS. J. IGNACIO LOBO e C. MACEDO RIBEIRO.

Commentarios : — Dr. Mesquita Sampaio : Os AA. intencionalmente deixaram de salientar que o caso em apreço parece ser o 1.º na literatura brasileira de cura, cura com que de-

vemos nos congratular, pois até o momento presente sempre teve a meningite pneumococcica na conta de um prognostico irreversivel.

Dr. Francisco Prudente de Aquino: Embora oto-rhino-laryngologista deve relatar que teve occasião de observar um caso de meningite por pneumococcus typus III num doente que tinha o ouvido

suppurado, onde foi feita a paracentese e verificada a presença de pneumococcus. Immediatamente praticou-se a abertura da mastoide, mas infelizmente sem resultados, tendo o doente fallecido pouco tempo depois.

Felicitou os AA. pela evolução que o caso em apreço teve, não só para o lado do ouvido como para o lado das meninges.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE JULHO

Presidente: DR. CLAUDIO ERMINIO

O REFLUXO VESICO-URETERAL — DR. OCTACILIO GUALBERTO — O A., revendo a literatura nacional existente sobre o assumpto, apresenta 3 casos de refluxo vesico renal, verificados no Serviço de Urologia do Hospital Municipal, desde que responde pela sua direcção.

Apresentou as observações detalhadas de cada caso. A 1.ª diz respeito a um rapaz de 25 annos, portador de rim unico tuberculoso com bexiga contrahida e refluxo accentuado. O 2.º caso refere-se a individuo de 42 annos, com grande calculo vesical, pequeno diverticulo e pequeno papiloma juxta-meatal esquerdo, ureterectasia bilateral. Refluxo sómente a segunda total. Espicystostomia, cura. O 3.º caso é de prostatia infectada com 70 annos, com pyonephrose calculosa esquerda. Refluxo bilateral, total. Talha. Nephrostomia. Espera-se a oportunidade de se fazer a ressecção endoscopica. Termina com considerações de ordem clinica sobre as observações apresentadas.

Commentarios: — DR. DAREY V. ITIBERÉ: Citado nominalmente pelo A. deseja agradecer suas referencias. Pelas pesquisas feitas pelo A. parece que nos cabe a prioridade desses 1.ºs. estudos. sobre o refluxo vesico-ureteral, phenomeno de grande alcance pratico e via de regra, o temos observado bilateralmente e ás vezes mesmo de lado são. Quando se colhe

pós dos dois rins o refluxo muitas vezes vem nos informar por intermedio da cystographia que existe um rim são e dar nos assim com precisão a conducta therapeutica. Nos casos em que não se possa praticar a cystoscopia, pode o refluxo trazer-nos informações sobre a localização da doença. Parece que o assumpto desperta alguma attenção, pois teve o prazer de ver resumido no "Surgery" uma publicação que fez sobre o assumpto, em 1934. Em relação ao 2.º caso do A., tem a impressão, pelos dispositivos expostos, de tratar-se de um calculo baixo da bexiga. Seria interessante um estudo para o lado do systema nervoso, procurando explicar os phenomenos de obstaculo baixo que o doente apresentou. Em relação ao 3.º caso pode-se mais uma vez observar a questão da pathologia do systema, e vimos como uma affecção do tracto urinario inferior repercutiu electivamente sobre o tracto urinario superior.

Dr. Eduardo W. Souza Aranha: Para documentar o que disse o dr. Darcy a respeito da presença do refluxo em rim são, apresentou alguns casos de tuberculose onde, pelo catheterismo colheu-se pós dos dois rins, e num dos casos foi praticada a nephrostomia. O paciente veio a morrer de complicação e autopsiado um dos rins apresentava-se inteiramente são. Após mostrar esses diversos casos de refluxo, ainda salientou como um refluxo grande é capaz de

regredir conforme se deu num dos casos.

Dr. O. Gualberto : Em relação ao 2.º caso o dr. Darcy alvitrou uma obstrução baixa, ao nível do collo por calculo, mas após a intervenção e retirada do calculo alto, a cystoscopia foi feita e não encontrou a não ser o papiloma juxta-meatal. A cystographia praticada posteriormente mostrou que tudo havia regredido. Quanto á formação primaria dos calculos, havendo uma estase, é hypothese que nem sempre os factos clinicos attestam. Recentemente obser-

vou numa criança de 6 annos um calculo de bexiga, estando a paciente urinando bem, com jacto forte, micção perfeita e com polakiuria. Quer-lhe parecer que no 2.º caso o calculo alto foi a origem de todas essas perturbações. Na paciente não havia passado urinario a não ser o do proprio calculo. Quanto ao caso de hypertrophia da prostata, com consequente pyo-nephrose, disse que adopta o conceito de pathologia do systema, desde que teve a oportunidade de trabalhar, em 1935, com Litchenberg, quando foi seu assistente official.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE JULHO

Presidente : DR. J. ONOFRE DE ARAUJO

CIRURGIA DO COLLO DO UTERO — DR. PAULO DE GODOY — O A. focaliza de maneira interessante a cirurgia do collo do utero. Inicia seu trabalho com a evolução historica desta cirurgia. Insiste sobre as differentes gynecopathias que exigem intervenção sobre a porção cervical do utero ; nega valor a dilatação cervical como therapeutica da esterilidade e da dismenorrhea, atacando com vehemencia essa indicação operatoria. Aconselha as operações plasticas sobre o collo e insiste na amputação cervical quando haja erosão grave desta porção do utero. Fala, finalmente, da amputação como therapeutica do prurido vulvar essencial.

AMPUTAÇÃO DO COLLO UTERINO PARA A CURA DO PRURIDO VULVAR ESSENCIAL (Nota prévia) — DR. SYLLA MATTOS — O A. inicia suas considerações ressaltando o objectivo de trazer um assumpto novo e ainda em estudo. Lembra a importancia do problema e cita os estudos valiosos do prof. Stajano visando a solução therapeutica do mesmo. Affirma não pretender propor um methodo infallivel, mas espera demonstrar os seus

bons resultados, quando bem indicado.

Justifica amplamente a sua indicação e recorda que em materia de prurido vulvar essencial, nada está definitivamente estabelecido. Para reforçar sua opinuão cita 2 casos de prurido, apparecidos após ovariectomia bilateral. Este facto é citado não com o fim de menosprezar a operação de Stajano, que o A. tem visto dar bons resultados em casos do dr. Paulo de Godoy, mas sim mostrar que em materia de prurido, tudo pode acontecer.

Resume suas observações, em numero de 4, nas quaes o successo foi absoluto em duas e bem proveitoso nas restantes.

Faz ligeira exposição das technicas de amputação de collo, que reputa mais facéis e de melhores resultados.

Apresenta a pinça de Keene que muito favorece o acto cirurgico.

Em critica geral, faz um cotejo entre a operação proposta e as mais conhecidas.

Termina estabelecendo nestes itens as vantagens da operação :

- 1) Technica simples.
- 2) Absolutamente inocua.

- 3) Compatível com a perfeita physiologia genital.
- 4) Muito pouco mutilante.
- 5) Applicavel em pacientes moças.
- 6) Factivei de ser associada a outras therapeuticas, quando necessario.
- 7) Proveitosa mesmo falhando na sua finalidade.
- 8) Permittir a pratica posterior de outros methodos se os resultados forem nulos.
- 9) Ser de resultados approximados ao das melhores therapeuticas conhecidas e não offerecer os riscos e as consequencias posteriores da maioria dellas.
- 10) Ser praticavel sob qualquer anesthesia.
- 11) Ser indicação precisa, quando em caso de prurido vulvar essencial, o especialista constata uma cervicite chronica em qualquer de suas modalidades.

O sr. presidente agradeceu o valioso relatório do dr. Paulo de Godoy que definiu com precisão o estado actual desse problema de cirurgia do collo uterino, bem como o trabalho do dr. Sylla Mattos, que suggere um processo de tratamento em affecção de etiologia tão obscura como seja o prurido vulvar.

ANESTHESIA EM OBSTETRICIA — DR. EDGARD BRAGA — O A., depois de fazer um rapido historico do emprego dos anesthetics em obstetricia fala das substancias empregadas e seu modo de acção. Estuda o chloroformio, o ether, o protoxydo de azoto, e ethyleno e o cyolpropane, para depois dizer das anesthetics regionaes falando da preferencia que se deve dar á rachianesthesia nas cesarias e naquellas intervenções por via vaginal que requerem a ampliação e distocia das partes molles do canal genital. Fala da tendencia actual para se substituir essas anesthetics geraes e

regionaes pela anesthesia local que, em futuro não remoto, tenderá a substituir os velhos methodos de agora. Em relação a anagelsia obstetrica diz que parece não deve ser usada pelos maleficios que produzem sobre a vitalidade fetal.

ANESTHESIA ENDOVENOSA NAS PEQUENAS INTERVENÇÕES OBSTETRICAS E GYNECOLOGICAS — DR. JOSÉ GALUCCI — Estuda o A. 55 anesthetics que teve occasião de praticar com o Runarcon. em pequenas intervenções. Descreve o preparo do doente, as doses, a technica de applicação e duração da anesthesia, bem como as contra-indicações (tensão arterial baixa) e o que observou para o lado dos diversos systemas da economia, concluindo que na dose de 10 cc. a anesthesia obtida permite a realização de pequenas intervenções (curetagem, colpotomia, debridamentos) sendo systematicamente acompanhada de ligeira hypotensão, tachycardia e bradipnea. Affirma que é bom meio de se obter relaxamento abdominal para os exames gynecologicos e que a anesthesia não tem efeitos secundarios sobre o rim, fígado, quando estes órgãos têm sua função normal.

Commentarios: — DR. JOSÉ MORAES LEME: Os collegas que tem á sua disposição serviços organizados de obstetricia, devem experimentar a rachianesthesia pelas soluções pesadas. Este methodo, recentemente defendido na Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, pe.o dr. Raul Ribeiro da Silva, para as intervenções proctologicas, deverá provavelmente prestar bons serviços nas intervenções obstetricas por via baixa e na cesarea segmentaria, talvez não sendo indicado para a cesarea classica. — Tratando-se de um methodo que, para os casos em que é indicado, apresenta todas as vantagens da rachianesthesia commum, sem a maioria de seus perigos, é digno de attenção o seu

ensaio, para se verificar si poderão confirmar-se os resultados esperados. Lembra que a anestesia obstetrica com o maximo de effeito e o minimo de perigos, si interessa, como é natural, a todos os parteiros é esperada com alvoroço ainda maior pelos que mourejam no interior. Realmente, aos parteiros que podem operar em hospitaes bem aparelhados, com pessoal habilitado para a applicação da anestesia e para o soccorro nos casos de accidentes, os methodos innegavelmente imperfeitos que ainda dispomos, podem satisfazer. Mas o parteiro do interior ou melhor, da roça, forçado a praticar intervenções, por vezes difficeis e perigosas, em meios absolutamente inadequados, sem illuminação, sem auxiliares, tendo em certos casos prementes que confiar a anestesia ao chauffeur ou até ao marido da operanda, a esse interessa ainda mais a solução radical do problema que lhe permitta trabalhar com uma preocupação de menos. E si a solução for favoravel á anestesia rachidiana, facultando-lhe a dispensa de auxiliar anestesista, de que nem sempre dispõe, mais ainoa se facilitará sua tarefa.

Dr. Leão Cavalcante: Quer apresentar sua contribuição no tocante ao emprego dos derivados do acido barbiturico; o dialil-diethyl barlitrato de diethylamina nas analgesias obstetricas. Fez estudos desse sal, pelos quaes chegou á conclusão de sua toxidez minima, uma vez que animaes em experiencia supportam bem 1 cc. por kilo de peso da solução encontrada no commercio. Conhecendo além disso o emprego intensivo do medicamento nos casos de sua applicação pelo processo de Clorretta Klasse sem effeitos prejudiciaes para o organismo, foi levado o seu emprego por via venosa na dose de 5 cc. com o fim de conseguir analgesia obstetrica. Das 12 observações colhidas pôde assim resumir as conclusões a que chegou: 8 com bom resultado quanto á analgesia, porém

com certo grau de agitação; 3 de resultados soffríveis quanto á analgesia e com grande agitação e 1 em que a agitação foi grande prejudicando a conclusão sobre a analgesia obtida.

Dr. Domingos Delascio: Não concorda com o AA. no que se refere á analgesia obstetrica pelo protoxydo de azoto.

O dr. Braga, no seu trabalho, omittte lamentavelmente por completo os notaveis estudos de Infanzio sobre anestesia e analgesia obstetrica, realizados no Congresso de Gynecologia e Obstetricia de Buenos Aires em 1936. Neste congresso em que se encontravam presentes Peralta Ramos, Boero, Perez, Infanzio e outros luminaries da Gynecologia e Obstetrica Rioplatense, discutiui-se intensamente o problema da analgesia. Teve oportunidade o illustre cathedraticeo de Obstetricia de Montevideo (Infanzio) de relatar os resultados de 29 observações de analgesia obstetrica pelo protoxydo de azoto. Conclue este eminente obstetra:

1.º Analgesia obstetrica com gazes (protoxydo de azoto) representa um grande adeantamento scientifico, sendo de todos os processos utilizados o que se acha mais proximo da analgesia obstetrica perfeita.

2.º Permite obter uma analgesia completa com conservação da consciencia da paciente, sem sensações desagradaveis.

3.º E' inócua para a mãe.

4.º E' inócua para o feto.

5.º Não interfere no trabalho de parto.

6.º Não augmenta a hemorragia materna.

7.º Retracção uterina normal após o parto.

Vemos, por estas considerações que não cabe razão ao dr. Braga quando affirma que a analgesia obstetrica pelo protoxydo de azoto é um attentado á obstetricia.

Aliás, as suas idéias são baseadas em uma estatistica fabulosa.

Dr. Onofre de Araujo: Na questão de analgesia obstétrica também é contrario ao seu emprego systematico, pois as drogas usadas ou actuam sobre a contracção uterina perturbando a sinergia funcional que deve haver na contracção do órgão, ou actuam sobre o feto determinando estados de anaerose difficilmente removíveis ao depois, pela actuação do medicamento sobre os centros bulbares do recém-nascido. Cita os trabalhos feitos na Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina em 1921 pelo dr. Juvenal Ricardo Meyer dizendo que os resultados obtidos não foram bons pelo que seu emprego não sahira dessa phase experimental.

Dr. Edgard Braga: Depois de receber as suggestões dos drs.

Moraes Leme e Leão Cavalcante, responde ao dr. Delascio defendendo os seus pontos de vista e, affirmando, baseado em Henningway e em mais de 12.000 casos (estatísticas de varios AA. colhidas nos hospitaes e maternidades americanos) que a anesthesia pelos gazes na pratica obstetrica era um attentado que convinha sanar quanto antes.

Encerrando a reunião, o sr. presidente agradeceu a presença dos collegas e o interesse que tomaram na ellucidación dos themas apresentados, congratulando-se com o Presidente da Secção de Cirurgia pelo exito que vem tendo a "Semana" que a Associação Paulista de Medicina patrocinou.

Sociedade de Psychologia

SESSÃO DE 13 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. DURVAL B. MARCONDES

A PSYCHOANALYSE E A QUESTÃO DO CRIMINOSO NORMAL — DR. DURVAL B. MARCONDES — Ao tratar do problema do crime, a psychoanalyse não indaga porque o individuo é criminoso, e sim porque não o é. A differença entre o individuo normal e o criminoso está em que o primeiro controla parcialmente suas inclinações criminosas e acha derivativos para ellas em actividades socialmente innocentes. Os impulsos inactos, que foram o patrimonio instinctivo do individuo, ajustam-se gradativamente ao ambiente social, por obra da educação.

A neurose exprime uma falha nesse ajustamento: um conflicto psychico entre uma determinada solicitação instinctiva e a parte moralmente evoluída da personalidade é resolvido inadequadamente, por meio do recalcaamento, que consiste em dar por inexistente a solicitação rejeitada. Esta, porém, não desaparece e

obtem uma satisfacção substitutiva no symptoma neurotico, que, por sua vez, corresponde também a uma forma de autopunição do individuo.

O crime, como a neurose, representa um defeito no ajustamento social, differindo della não no conteúdo psychico, que se constitue igualmente de um impulso socialmente condemnado, mas na dynamica psychica. No neurotico, o symptoma proporciona uma satisfacção que não permite completa expressão na acção, tendo apenas um valor subjectivo para o enfermo. O acto criminoso, ao contrario, é um acto real, uma acção motora dirigida sobre o mundo exterior, ultrapassando, assim, os limites do individuo. A neurose é uma acquisição mais tardia na evolução humana e constitue uma réplica intra-psychica de um processo mais primitivo: crime e punição.

O A. aborda, a seguir, a questão da responsabilidade, dando-lhe por

base, de accôrdo com Alexander e Staub, o conceito do grau de participação do ego individual no acto em apreço. Focalisa as diversas formas de reacção intermediarias entre o systema neurotico e a acção criminosa normal, isto é, aquella acção criminosa que se desenvolve com plena participação do ego consciente. Salienta o facto, revelado pela psychanalyse, de que muitos cri-

minosos, que, na apparencia são psychicamente normaes, obedecem, no entanto, a motivos psychicos por elles mesmos ignorados, os quaes constituem as verdadeiras causas determinantes do delicto. Enuncia, finalmente, alguns problemas que a psychanalyse suscita no campo da criminologia e salienta a necessidade da investigação psychanalytica nos reformatórios e nas prisões.

Outras Sociedades

Instituto Biologico, reunião de 15 de dezembro, ordem do dia: Mechanismo do caso — Dr. Max B. Ehrhart; Modificações da acção pharmacologica nos animaes domesticos — Prof. Gabriel Teixeira de Carvalho.

Sociedade de Tisiologia da Liga Paulista Contra a Tuberculose, reunião de 11 de dezembro, ordem do dia: A luta contra a tuberculose em S. Paulo. Seu estado actual. Como deve ser organizada para garantia de sua efficiencia — Dr. Clemente Ferreira; Mechanismo do pneumo-

thorax aberto — Dr. Eduardo Etzel; Kisto congenito do pulmão ou bronchectesia adquirida — Drs. Abel Barbosa e Fabio Belfort; Diagnostico de evolutividade da tuberculose pulmonar — Santos Fortes.

Sociedade Medica São Lucas, sessão do dia 6 de dezembro, ordem do dia: Aspectos raros da lithiade biliar — Dr. João N. von Sonleithner; Ranula gigante — Dr. José Ribeiro de Carvalho; Megaestomago por ulcera duodenal estenosamente — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

LITTERATURA MEDICA

Livros Recebidos

Los grandes sindromes bronco-pleuro-pulmonares — HORACIO BASABE, El Ateneo (Florida, 344), Buenos Aires, 1939.

"Didatico, probo, em dia, "Os grandes sindromes" será para o medico pratico um livro que actualiza os seus conhecimentos e para os estudantes um guia seguro do que deve saber acerca dos grandes syndromas com que reage o apparelho respiratorio" — diz Carlos Gandolfo apresentando o livro. E tem razão. O A. que é livre docente da Faculdade de Buenos Aires, versado na cathedra, observador attento, com larga experiencia em semiologia respira-

toria, conforme attesta a sua longa bibliographia — foi convidado a dar um curso na cadeira daquelle professor e taes foram os applausos que mereceu que dahi surgiu a publicação do presente livro, como a primeira parte de uma obra mais extensa. E' um trabalho documentado, com excellente apresentação material e feitura technica aprimorada.

A sciencia de comer e de beber — RENATO SOUZA LOPES, Editora A Noite, Rio, sem data.

O A. foi pioneiro na agitação dos problemas alimentares em

nosso paiz. Estudou o assumpto á luz das realidades nacionaes, deixando de aceitar sem exame acurado os conselhos contidos na literatura estrangeira. Assim, a sua obra não se resume á compilação de dados apresentados por outrém, mas é um estudo ponderado do nosso ambiente diante dos conhecimentos e experiencias provenientes de outros povos. Depois de encarar os problemas brasileiros da alimentação, o A. discorre sobre as nossas aguas mineraes, entrando num assumpto a que já dedicára a sua attenção, tanto que já publicou um volume descrevendo as virtudes therapeuticas das nossas fontes. No presente volume refere-se particularmente a Prata e a Poços de Caldas.

Noções de Protozoologia — ANDON LINS, Editora Sdientifica, Rio, sem data.

Num volume de perto de 400 paginas, a Editora Scientifica, do Rio, que tão auspiciosamente surge no scenario da literatura medica brasileira, acaba de lançar as "Noções de Protozoologia" firmadas pelo cathedratco de Microbiologia da Escola de Medicina e Cirurgia da Capital Federal. Diz o A., na introdução "...transporto para estas paginas a preocupação que sempre tive de pôr em relevo as aquisições scientificas nacionaes, muito notaveis neste ramo do saber humano; proporcionando aos moços o conhecimento do que em Protozoologia se tem observado no Brasil e salientando o esforço o valor dos pesquisadores brasileiros, julgo realizar trabalho duplamente util". E diz bem. Não contente com as citações numerosas no texto, incluiu no fim do volume uma longa lista de trabalhos brasileiros sobre protozoologia. Um indice alphabetico da materia torna facil a consulta do livro; que contem 215 illustrações e 21 paginas a cores, fóra do texto. Trata-se, pois, de uma obra eminentemente brasileira, digna de figurar na estan-

te dos nossos clinicos, que se vem as voltas com problemas relacionas com protozoarios.

Hormonio sexual masculino

— JOSÉ RICARDO ALVES GUIMARÃES, Edições Melhoramentos, São Paulo, 1939.

O presente volume dispensa encomios: a obra mereceu o Premio Alvarenga de 1939. O propionato de testosterona é estudado sobre todos os aspectos, detendo-se o A. na critica da parte experimental e nas applicações clinicas, de molde a poder, no fim do trabalho, tirar conclusões de alto alcance pratico. O volume contem 78 figuras em 174 paginas de texto, cuja apresentação material é aprimorada. O livro recommenda sobremaneira a escola urológica do prof. Luciano Gualberto, tendo o prof. Ricardo Spurr, de Buenos Aires, salientado, no prefacio, os caracteristicos que adornam a personalidade do A.

Seritti in onore di Raffaello Silvestrini — ALDO CASTELLANI e OUTROS, Grafica, Perugia, 1938.

Em um volume especial com mais de 800 paginas, foi prestada significativa homenagem ao Raffaello Silvestrini, um dos vultos mais eminentes da medicina italiana. Numerosos professores contribuíram com importantes trabalhos para este volume, no qual se contem a biographia detalhada do homenageado.

Diététique et Radiesthesie — MARCEL VERUT, Librairie Maloine, Paris, 1939.

Os estudos de Radiesthesia estão se propagando com grande rapidez. Sciencia já conhecida dos chinezes antes da Era Christã, tomou ella agora impulso com as experiencias e observações feitas na Europa, comprovando as esperanças de que será de grande utilidade na Medicina. Entre nós já existe a Sociedade Brasileira de Radiesthesie, com sede a rua Pirapitinguy, 114, em S.

Paulo, que está promovendo a divulgação de conhecimentos sobre o assumpto. O presente livro dedica-se á prescripção da dietética a luz da orientação radiesthetica, mediante a verificação previa, pelo pendulo, dos alimentos que devem ser usados. O volume contem 64 paginas e custa apenas 12 francos.

Plantas e substancias vegetaes e medicinaes — F. C. HOEHNE, Graphicars, São Paulo, 1939.

O A. que é Director Superintendente do Departamento de Botanica do Estado (S. Paulo), acaba de editar esse livro de grande formato, ricamente illustrado com clichês a traço e estampas coloridas, para fornecer ao publico interessado, em conjunto e ampliado, aquillo que de 1934 e até 1938, divulgou, pelas colunas do "O Estado de S. Paulo", em 114 artigos.

Trata-se de um livro em formato 4.º B, confeccionado em papel "illustração", que contem 356 paginas de texto e mais 26 folhas de quadrichromias, cujo acabamento pode ser considerado a melhor recommendação das firmas: "Graphicars" de Romiti & Lanzara e da Sociedade Technica Bremensis, de S. Paulo, cabendo á primeira destas a impressão e composição e a ultima a parte da confecção dos clichês.

O novo livro de F. C. Hoehne, destina-se a preencher uma lacuna da bibliographia botanica que ha muito vem sendo sentida. Não é de hoje que se reconhece a supremacia dos vegetaes da flora indigena, na cura das mazelas humanas, nem é de agora a convicção que todos têm, de que mister se torna o estudo acurado e sério das plantas que annualmente e de modo alarmante dizimam os animais dos rebanhos de bovinos, equinos, ovinos e suinos. Mas, este livro que nos fornece os elementos indispensaveis para o reconhecimento desses vegetais da nossa terra, não se limitou a isto: apresenta-nos também centena-

res de outras plantas de paizes extranhos, que, pela sua afinidade especifica, poderão nos conduzir ao reconhecimento de principios activos similares em espécies da flora do nosso torrão.

O autor chama attenção para o facto que nem tudo que vae exposto no trabalho em apreço, mereça, talvez, a classificação de tóxico ou medicinal. Muitas plantas foram referidas apenas por serem suspeitas, outras foram incluídas e commentadas, por serem afins de tipos estrangeiros reconhecidamente perigosos ou beneficientes. Semelhante critério, longe de desvalorisar o livro, confere-lhe maior valor, porque permite que os estudiosos deparem com todos os caminhos perfeitamente aplanados e elucidados; pois estamos muito longe ainda de poder considerar finda a tarefa dos chimicos e dos physiologistas do nosso paiz, nas questões do reino vegetal.

Os médicos como os veterinarios que pretendem realizar trabalhos de valor nesse terreno, não podem, aliás, dar um só passo sem o auxilio da botanica e a esta compete, portanto, aduzir o essencial para que tudo lhes seja facilitado. O livro torna-se, assim um manual de consulta indispensavel para todos os estudiosos, pois traz tambem abundantes e utilissimas informações concernentes á botanica systematica e poderá ser aproveitado, com reais vantagens pelos estudantes como pelos professores da "Sciencia Amavel" de Linneu.

Ao que foi relacionado dos trabalhos nacionaes e estrangeiros, juntou o autor os frutos das suas proprias observações e experiencias. Tudo aquillo que conseguiu colligir nos annos de pesquisas botanicas nos invios sertões de Matto Grosso, desde 1908, em companhia do General Rondon, e tambem de Theodoro Roosevelt, com aquillo que conseguiu nas viagens por Minas Gerais, St. Catharina, Paraná e outras localidades, foi aproveitado na obra, fartamente enriquecida com

os resultados observados no Horto Oswaldo Cruz, em Butantan, dos annos decorridos de 1917 — 23. Dos rincões agrestes de Matto Grosso, vieram os dados para a apresentação do "Eriva", o novo "Curare" alli descoberto e estudado botanicamente, no anno de 1909.

Que o autor sempre teve especial pendor para o estudo dos vegetaes toxicos e medicinaes, de-

preende-se do facto que, criando o referido horto em Butantan, já em 1920 publicou dois trabalhos pelo Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo, sob os respectivos titulos: "O que vendem os herbanarios da cidade de S. Paulo" e "Vegetaes anthelminthicos ou vermifugos do mundo", bem como daquillo que vem estampado no "Album da Secção de Botanica do Museu Paulista", publicado em 1925.

Separata e folhetos recebidos

Considerações sobre o Estradiol — HAMILTON LUIS A. AZEVEDO, Curitiba, agosto 1939.

Aspectos do II Congresso Americano e Brasileiro de Cirurgia — JACY CARNEIRO MONTEIRO, Rio de Janeiro, julho 1939.

O megacolon como symptoma de uma doença systematizada — EDUARDO ETZEL, "Brasil Medico", Rio de Janeiro, LIII, 19 de agosto 1939.

Semana do combate ao "Fogo Selvagem" — JOÃO PAULO VIEIRA, São Paulo 1939.

Distribuição geographica do megaesôphago-megacolon — "Revista da Associação Paulista de Medicina", São Paulo, XV, agosto 1939.

Intervenções no systema phrenico. Técnica de paralisia temporaria e de re-operação — EDUARDO ETZEL, "Revista Paulista de Tisiologia", São Paulo, V, março-abril, 1939.

Tratamento preventivo do megacolon pela vitamina B — EDUARDO ETZEL, "Brasil-Medico", Rio de Janeiro, LIII, 5 de agosto de 1939.

Bases actuais do tratamento do empiema agudo do torax — EDUARDO ETZEL, "Revista de Medicina do C. A. O. C." São Paulo, XXII, n.º 65, 1938.

Discurso de posse de socio titular da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo — FRANCISCO POMPEO DO AMARAL, "Boletim da Soc. de Med. e Cir. de São Paulo" n.º 8, agosto de 1939.

Natureza da Geobiologia e methodo de pesquisa — IRMÃO TEODORO, Instituto dos Irmãos das Escolas Christãs, Porto Alegre, 1939.

Estudo radiologico das retites estenosantes do typo Nicotolas-Favre — EDUARDO COTRIM, São Paulo, 1939.

D Y N I O D O

S Ó R O T O N I C O I O D A D O

Injecções indolores musculares

ASSOCIAÇÃO DA INFLUENCIA ANALGESICA, ANTIRHEUMATICA E
HYPOTENSIVA DO IODETO DE SODIO Á ACÇÃO TONICA NERVINA
DO GLYCEROPHOSPHATO DE SODIO

LABORATORIO GROSS - RIO

IMPrensa MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XXIII, 223-252, outubro-novembro 1939 — Contribuição ao estudo dos nictóteros dos batrâchios do Brasil; Nictóteros das hilas — A. Carini; Sobre um caso de ectima contagioso observado em cobras de S. Paulo — Laerte Machado Guimarães.

Archivos Brasileiros de Ophthalmologia, II 219-254, outubro 1939 — Lentes coloridas e lentes protetoras — Durval Prado; Abscesso da orbita por corpo estranho nasal — Paula Santos; Glioma da retina, condro-fibrosarcoma da orbita — Edison Pinto.

Archivos de Cirurgia Clinica e Experimental, III 169-262, junho 1939 — Considerações sobre a patogenia das endometrioses — Walter Büngeler e Decio Fleury Silveira; Bancrophi-tose e cirurgia — Fernando Luz; O exame radiológico no abdomen agudo — Paulo de Almeida Toledo; Gastrectomia parcial com exclusão do piloro — Eduardo Etzel.

Suplemento, 98-136 — Estudo radiológico das retites de tipo Nicolas-Favre — Eduardo Cotrim.

Archivos do Serviço de Assistência a Psychopathas do Estado de São Paulo, IV, 5-121, 1.º Trimestre 1939 — Tratamento da epilepsia pelo pneumo-encephalo — Fausto Guerner; Ensaio com o cloreto de amônio por via endovenosa. Tratamento da esquizophrenia chronica — Mario Yahn; Osteo-miograma obtido por punção esternal no estudo das anemias — João Baptista dos Reis Importancia da technica de determinação do typo sanguineo — João B. dos Reis e Ezio Pizelli.

122-242, junho 1939 — A psychoanalyse — Darcy de Mendonça Uchôa; Encefalose psychoticas difusa juvenil — E. Pinto Cezar; Estados mentais de esquizophrenicos após os comas prolongados na insulino-terapia — Mario Yahn e Nilo Trindade da Silva; Valor medico-legal do exame do liquido cephalo-rachidiano do cadaver — Paulo Pinto Pupo e João B. dos Reis; Interdição num caso de hemiplegia direita com aphasia — Mario Yahn e Paulo Pinto Pupo; Syndromo superior do nucleo vermelho, forma tremo-coreo-atetotica — A. Teixeira Lima e Francisco Tancredi; A radiophotographia no Serviço de Assistência a Psychopathas do E. de S. Paulo — Celso Pereira da Silva.

Clinica e Therapeutica, II, 1-20, outubro 1939 — A proposito do tratamento da chorea de Sydenham — Ernesto Tramonti; O tratamento da polimielite anterior aguda — Ernesto Tramonti; Estomatologia — Humberto A. O. Soldano; Anorexia e fortificantes — Luiz Splendorre; Um novo tratamento da insuficiencia do figado — B. Bocca.

Novotherapia, XVIII, 1-32, dezembro 1938 — Algumas relações da endocrinologia — W. Berardinelli; Transilluminação do seio — Max Cutler; Uricemia e cataracta — Giuseppe Villani.

XIX, 1-32, março 1939 — A glandula thyroide W. Berardinelli; Physiopathologia da circulação sanguinea — Fioravante di Piero; O bismutho-bisaccol no tratamento da syphilis no periodo pre-humoral — Francisco Seano.

Odontologia Moderna, XIII, 61-112, agosto-setembro 1939 — Erupção tardia de um inscivo superior com relação sobre o eixo vertical; sua correção — Oswaldo Scotti; Septazine num caso de abcesso dentário — Euclydes Knippel Novo systema de pontes de porcelana fundida — João Bellizia Raia; Nutrição do lactente — Juvenal Coelho; Reação de Wassermann — A. Cerqueira Luz; Nova technica para a impressão, contorno e retenção das dentaduras inferiores — Lafayette Camargo Madeira.

Pediatria Pratica, X, 193-278, maio-junho 1939 — Contribuição ao estudo do metabolismo da vitamina C no organismo — Vicente Batista; Considerações sobre um caso de blastomicose — Chafik Farah; Carie dentaria na infancia e sua prophylaxia — C. A. do Espirito Santo.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XV, 185-252, setembro 1939 — Da anesthesia em proctologia — Raul Ribeiro da Silva; Observações do inconsciente na obra de Machado de Assis — Luiz Ribeiro do Valle; Em torno dos accessos affectivo-epilepticos de Bratz e Leubischer — Virgilio de Camargo Pacheco; Cura de meningite pneumococcica — J. Ignacio Lobo e C. Macedo Ribeiro.

XV, 253-320, outubro 1939 — A trepopnéa — Luiz V. Décourt, Heribaldo Loverso e Alexandre Fedullo; Genetica, eugenia e esterilizações — Martinus Pawel; Tratamento da esclerodermia pela parathyroidectomy — S. Hermeto Jr.; A thyroxina na obesidade — René Barreto Filho.

Revista Clinica de S. Paulo, VI, 122-158, outubro 1939 — Tratamento dos rheumatismos — Celestino Bourroul.

159-196, novembro 1939 — O exame roentgenphotographico das collectividades e a prophylaxia anti-tuberculosa — Sylvio L. do Amaral e Olavo Pazzanese.

Revista da Maternidade, I, 1-32, outubro-novembro 1939 — A defesa da concepção e da natalidade — Sylla O. Mattos; O perdão — Galileo Torrano; Mães... que matam — Coelho Netto; Como se deve vestir o bebê — Sylvio Sueupira.

Revista Odontologica Brasileira, XXVIII, 101-206, julho-agosto 1939 — Cystos radiculares — Cyro Silva; Algumas causas de máus dentes — Eurico da Silva Mattos; Anestesia local em tecidos inflamados — Anselmo de Souza; Pesquisas referentes ao conteúdo de vitamina C nos tecidos germinais dos dentes de cobaia em avitaminose C experimental — Elio Tempestini.

O MELHOR PREPARADO DE BISMUTHO DA ACTUALIDADE

PHOSPHOBISMOL

Injeções indolores poderosamente antisiphilíticas e tónicas nervinas
Três injeções musculares por semana

Laboratório G. A. S. — Rua de Janeiro

VIDA MEDICA PAULISTA

Dr. Schmidt Sarmiento

NECROLOGIO — Falleceu em 26 de novembro nesta capital, o sr. dr. Adolpho Schmidt Sarmiento, medico ha longos annos residente em São Paulo, onde pelas suas nobres qualidades, conquistou um largo circulo de amigos e admiradores. A sua morte causou, portanto, grande consternação nos meios sociaes e medicos, onde elle era uma figura de relevo.

Natural de Pouso Alegre, no Estado de Minas Geraes, era filho do sr. Miguel Julio de Moraes Sarmiento e de d. Guilhermina Schmidt Sarmiento. Residia em S. Paulo desde 1887 e aqui cursou o Collegio Americano, a Escola Normal e o Instituto de Sciencias e Letras. Formou-se em 1906, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Foi assistente dos professores Urbantinchatela e Chiaro, de Vienna era titular do Collegio dos Cirurgiões Americanos, da Sociedade de Otologia, de Vienna, e da Sociedade Rhino-Laryngologica de Berlim, livre docente e chefe das clinicas de oto-rhino-laryngologia da Faculdade de Medicina e da Santa Casa de Misericordia, e presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. A' sua actividade se deve a fundação dos serviços de nariz, garganta e ouvidos para os alumnos das escolas publicas desta capital.

O dr. Adolpho Schmidt Sarmiento era casado com a sra. d. Laura Beatriz de Moura Ribeiro Schmidt Sarmiento e deixa tres filhos menores: Carlos Adolpho, Lucia Beatriz e Luiz Alberto.

O sepultamento realisou-se ante-hontem, mesmo, sahindo o fetro da residencia do finado, á avenida Angelica n. 1.170, para o cemiterio da Consolação. O acompanhamento foi numeroso, notando-se a presença dos elementos de maior relevo na nossa so-

cidade e collegas do extinto. A' beira do tumulo falou o professor dr. Almeida Prado, que pronunciou as seguintes palavras:

"Sarmiento — No instante em que te despojas da materia, para ascenderes aos páramos de outras regiões mais perfeitas, não haveria logar para dôr e para o soffrimento, não fôra o vacuo que a sua ausencia abre no seio dos teus, dos teus amigos e dos teus collegas.

Não é apenas o corpo que desaparece. Comtigo vão-se tambem para sempre a tua presença sempre amiga, a tua bondade e os dons ineffaveis da tua amizade.

Conheci-te desde que vim para São Paulo e desde 1920, companheiros de consultorio, comecei a admirar a tua correção moral, as tuas qualidades perfeitas de homem — bom filho, bom pae, bom chefe de familia —, a tua brandura de coração e a pureza de tua alma, branca e immaculada como as açucenas. Nunca um movimento de inveja ou de despeito vi sombrear o teu espirito; nunca a maledicencia encontrou guarida em teus labios. E, no entanto, vinhas de uma aspera e longa jornada. Estudante pobre e desprotegido, conheceste, na idade em que a vida se enteaebre em sorrisos e despreoccupações para a maioria dos jovens, o lado duro da existencia, ganhando o pão com o labor de todos os dias. Depois veio a vida pratica com todas as suas durezas e desillusões. Mas esqueceste de tudo quanto venceste. Dir-se-ia que os amargores da vida te ensinaram a ser bom e complacente com as falhas alheias.

Não quero relembrar os dias horriveis de doença e de soffrimento, num definhar progressivo e lento que a todos commovia, e durante os quaes a tua fortaleza

de animo, posta á prova a todos os instantes, veio coroar a tua vida de uns toques de martyrio.

Hoje partes para além.

Mas os teus amigos e a nossa velha Sociedade de Medicina e Cirurgia, cuja presidencia occupaste com o criterio e a exacção que punhas em todos os teus actos, não poderiam deixar-te partir sem

uma palavra, ao menos, de despedida.

E' a missão dolorosa que cumprio neste momento.

Parte amigo — a lembrança do teu espirito e do teu coração puro e bom não se apagará jamais na nossa memoria, e viverás sempre na nossa amizade e no planger da nossa saudade".

Escola Paulista de Medicina

Collação de grau da turma de 1939 — Realizou-se no dia 21 de dezembro á noite, no Theatro Municipal, a cerimonia da collação de grau dos diplomandos da Escola Paulista de Medicina. Para assistir á festa de formatura da segunda turma daquelle estabelecimento de ensino superior, compareceu ao Theatro Municipal numerosa e selecta assistencia.

Occupando a presidencia da mesa, via-se o director da Escola Paulista de Medicina, professor Lemos Torres, notando-se a presença do sr. Edgard Baptista Pereira secretario do Governo, representando o dr. Adhemar de Barros, interventor federal; professor Luiz Pereira Barreto Neto, que paranymprou a turma; representantes da Reitoria da Universidade de São Paulo, da Secretaria da Educação e Saude Publica e de outras altas personalidades civis e militares do governo paulista; dr. Antonio do Livramento Barreto, inspector federal da E. P. M.; sra. d. Alayde Pinheiro Borba.

Em cadeiras collocadas á direita, tomaram assento os professores e assistentes da Escola Paulista de Medicina, e, á esquerda, os diplomandos, que eram os seguintes: Almenor Jardim Silveira, Altino Gouveia, Ardelio F. Guidi, Augusto Bueno de Las Casas, Aulo Gelio Franco Vianna, Bento Lacerda Cesar, Carlos Amadeu de Arruda Botelho Filho, Carmo Mazza, Cassio Camargo Figueiredo, Cyro Gomes dos Reis, Delfino

de Oliveira Vianna, Domingos A. Nascimento, Ferdinando Andreoni, Francisco J. Schmidt, Fuad Ferreira, Geraldo Ribeiro Miranda, Humberto Frediani, Jayme R. Keitzmann, João B. Credidio, João Domingos Corrêa, Jorge Arida, José A. Almeida Guimarães, José Landulpho, José Machado Teixeira, Klaus Mirim Rudolph, Lauro C. Andrade, Luiz A. Pompêo de Camargo, Luiz Caligiuri, Luiz Carlos de Borba, Luiz Carlos Fonseca, Manoel Haroldo da Silva Bastos, Mario Setzer, Mathias Antunes, Mauricio de Freitas, Nassim J. Abdalla, Oswaldo Alderighi, Oswaldo Meng, Paulo A. Rogick, Paulo Bifano, Renato Sapuppo, Roberto Pasqualin, Rubens Fabiano Salles, Ruy Werneck S. Silva, Simão Marum, Vicente Camargo Moura e Vicente Di Bella.

Abrindo a sessão, falou o prof. Lemos Torres. Preliminarmente, s. s. solicitou que os presentes se conservassem em silencio durante um minuto, em homenagem á memoria do dr. Alvaro de Figueiredo Guião, ex-secretario da Educação, e demais victimas do lamentavel desastre de aviação occorrido em Ponte Nova á semana passada.

Após esse preito de saudade, o prof. Lemos Torres disse da jornada victoriosa que a Escola Paulista de Medicina vem cumprindo e salientou o facto de ser aquella a segunda turma que se diploma. Disse, ainda, da certeza que elle e todos os professores da Escola

têm, de que o estabelecimento proseguirá na sua trajetória, no cumprimento fiel do seu desideratum, e concluiu augurando felicidade pessoal e profissional aos diplomandos.

Seguiu-se a cerimonia da collação de grau com o juramento de praxe e a entrega dos diplomas, em meio de applausos da assistencia.

Depois, discursaram o doutorando Manoel Haroldo da Silva Bastos, em nome da turma, e o professor Pereira Barreto Neto, paranympho. Despedindo-se dos mestres, o doutorando Manoel Haroldo da Silva Bastos externou-lhes o sentimento de gratidão que domina os corações dos novos medicos, não só pelo carinho com que lhes eram ministradas as aulas, como, ainda, pela fidalguia com que sempre foram distinguidos.

Discorreu, o orador da turma, longamente, sobre o estudo da medicina e o exercicio da profissão, frisando o quanto são ociosos das responsabilidades que pesam sobre seus hombros ao encetar a nova etapa da sua vida.

Cessadas as palmas que se seguiram ás ultimas palavras do orador da turma, occupou a tribuna o professor Pereira Barreto. Suas primeiras palavras foram de agradecimento á distincção que lhe foi conferida pelos diplomandos e, em seguida, focalizou os precalços da medicina, para concluir com palavras de incitamento aos diplomandos para que vençam e vençam galhardamente.

Logo após foi encerrada a sessão pelo professor Lemos Torres, ouvindo-se nova e demorada salva de palmas aos diplomandos.

Academia Nacional de Medicina

Posse do Pharm. Candido Fontoura — Sob a presidencia do sr. professor Aloysio de Castro, secretariado pelos drs. R. Pitanga Santos e Pedro Pernambuco, realizou-se a 26 de novembro, no Rio, a sessão da Academia Nacional de Medicina em que tomou posse como socio correspondente o sr. pharmaceutico Candido Fontoura, conceituado chimico e industrial, director do Instituto Medicamentaria, desta capital.

Aberta a sessão, o professor Aloysio de Castro disse encontrar-se presente o pharmaceutico Candido Fontoura, que ia tomar posse de sua cadeira de membro correspondente e nomeou os pharmaceuticos Julio Eduardo da Silva Araujo, Alvaro Costa e Virgilio Lucas, afim de introduzirem no recinto o novo academico.

Este penetrou instantes depois, sendo recebido sob palmas. Dirigindo-se á mesa da presidencia, que estava toda ornada de flores naturaes, o pharmaceutico Candido Fontoura recebeu das mãos do professor Aloysio de Castro o medalhão symbolico da Academia, acompanhado de palavras de saudações do presidente.

Foi dada a palavra, depois, ao pharmaceutico Abel Oliveira, que pronunciou o discurso de recepção, traçando a biographia do novo academico.

O sr. Candido Fontoura assumou a tribuna, logo a seguir. Depois de agradecer as palavras do presidente da casa e do seu paranympho, e a sua eleição, leu uma interessante conferencia, sob o titulo "O café como bebida e como fonte de outros productos".

Senotiol - calcio colloidal injectavel

